

AL SIGNOR SINDACO del COMUNE DI SAN MICHELE DI GANZARIA

OGGETTO : Richiesta di CONTRASSEGNO INVALIDI.

IL sottoscritto _____, nato a _____, il _____ e residente a SAN MICHELE DI GANZARIA in via _____ nr. _____, telefono nr. _____,

CHIEDE

Di poter ottenere lo speciale contrassegno invalidi approvato con art. 381 del D.P.R. nr. 495/92, per la facilitazione alla circolazione ed alla sosta dei veicoli Delle persone con ridotte o impedito capacità di deambulazione.

Dichiaro di avere ricevuto e compreso l'informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 2016 n. 679, disponibile nel sito istituzionale del Comune all'indirizzo <http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it/privacy/>

SAN MICHELE di GANZARIA , li _____

Firma _____

ALLEGA :

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'ASP di appartenenza dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;
- n. 1 foto recente formato tessera;
- copia di un valido documento di identità.

