

COMANDO POLIZIA LOCALE
CARDANO AL CAMPO
P.zza Mazzini, 19
Tel. 0331/266244 Fax. 0331/266277

Contr. N. _____

Oggetto: Contrassegno invalidi ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/92

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (D.P.R. 20/10/98 artt. n. 403 e 1-2-3 della L. 127 del 15/05/97).

Io sottoscritt _____

Consapevole della responsabilità penale cui posso andare in contro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondenti al vero dichiaro di essere:

nat_ a _____ il _____, residente a _____

in _____, telefono _____

Genitore/convivente di _____

Nat_ a _____ il _____, residente a Cardano al Campo

In via _____

Chiedo il RILASCIO del contrassegno invalidi;

Chiedo il RINNOVO del contrassegno invalidi n. _____ poiché scaduto.

Vera la firma apposta in mia presenza

Identificato a mezzo _____

FIRMA

Rilasciata a _____ il _____

Cardano al Campo, il _____

L'ADDETTO

N.B. La presente dichiarazione è esente dall'autenticazione della sottoscrizione ai sensi dell'art. 3 e 10 della Legge 25 Maggio 1997 n. 127

ALLEGATO:

- Certificato medico rilasciato dal Servizio Medicina legale A.S.L. di appartenenza, attestante la capacità di deambulazione permanente e sensibilmente ridotta (solo per il rilascio)
- Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie (capacità di deambulazione sensibilmente ridotta) che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi (solo per rinnovo)
- Fotocopia carta d'identità
- Restituzione del contrassegno scaduto (solo per il rinnovo)