

**Al Comune di Primaluna (Lc)**

**OGGETTO: Richiesta di Contrassegno di Circolazione e sosta per invalidi**

Ai sensi del D.P.R. 24 Luglio 1996, n. 503 – D.P.R. 16 Dicembre 1992, n. 495

**Il/la sottoscritto** .....  **Sesso** .....

**Nato a** ..... **il** .....

**Residente a** ..... **Provincia** .....

**Via** ..... **n.** .....

**Recapito telefonico** .....

**Invalido come da allegata certificazione medica rilasciata da:**

**Ufficio Medico Legale/Azienda Sanitaria Locale** .....

**Medico curante Dott.** .....

**CHIEDE**

**La concessione/il rinnovo dello speciale contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. 16 Dicembre 1992, n. 495, per la circolazione e sosta con veicolo a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.**

.....  
**Data**

.....  
**Firma del Richiedente**