

OGGETTO: Contrassegno invalidi – Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide (FIGLI)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a Quartu Sant'Elena in via/piazza _____ n° ____
tel. _____ codice fiscale _____

dichiara sotto la propria personale responsabilità che il/la proprio/a figlio/a
(nome) _____
nato a _____ il ____/____/_____ ha capacità di
deambulazione sensibilmente ridotta e pertanto

CHIEDE

- Rilascio
- Rinnovo concessione n. _____ del _____
- Duplicato concessione n. _____ del _____

dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta dei veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Documentazione da allegare:

- Per il rilascio di un nuovo permesso: certificato medico-legale dell'ASL
- Solo in caso di rinnovo di permesso definitivo: certificato del medico curante

Data _____

Il dichiarante

Spazio riservato all'ufficio

Concessione n° _____ del _____

Prot. n. _____ del _____

