

OGGETTO: Contrassegno Unificato Disabile Europeo

Richiesta Rinnovo Rilascio duplicato

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

via/piazza _____ n. _____

recapito telefonico _____

CHIEDE

il Rilascio Rinnovo Rilascio Duplicato dell'autorizzazione a usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione e alla sosta dei veicoli a servizio delle persone diversamente abili.

A tale scopo si allega l'Attestazione rilasciata dalla ASL BARI ai sensi dell'art.381 del D.P.R. 16/12/1992 n.495 e ss.mm.ii. della Commissione Medica di prima istanza per l'accertamento dello stato di disabilità, dalla quale risulti la capacità deambulativa sensibilmente ridotta.

Distinti Saluti.

Cassano delle Murge _____

IN FEDE

Si allegano:

- nr. 2 fotografie formato tessera del diversamente abile
- fotocopia della carta d'identità
- vecchio contrassegno (se trattasi di rinnovo o duplicato)
- _____

