

AL SIG. SINDACO
COMUNE DI AMANTEA

OGGETTO: Richiesta contrassegno parcheggio per disabili

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n _____

CHIEDE

Per se medesimo/a nome e conto di _____

Nato a _____ il _____

residente in Amantea alla via _____ n _____

(precisare rapporto di parentela) _____

IL RILASCIO RINNOVO PER SCADENZA RINNOVO PER DETERIORAMENTO

DUPLICATO del contrassegno parcheggio per disabili

SOLO PER RINNOVO O DUPLICATO dichiara di essere titolare di contrassegno parcheggio per disabili n.....rilasciato il.....
--

ALLEGA:

- Certificato rilasciato dall'apposita Commissione Medica dell'interessato attestante la menomazione fisica con conseguente capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (Art. 381 del DPR 495/92)
- N° 2 foto formato tessera dell'interessato
- Fotocopia documento di identità
- Denuncia presentata all'autorità di Polizia (in caso di smarrimento)
- Contrassegno scaduto (in originale) rilasciato dal Comune di Amantea (in caso di rinnovo)
- Certificazione del medico curante attestante "il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno"(in caso di rinnovo del contrassegno con validità 5 anni)
- Numero telefonico o del cellulare

Amantea _____

Firma
