**AL SIGNOR SINDACO**

 **DEL COMUNE DI**

 **CAPO DI PONTE BS**

OGGETTO: **Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.**

 **Ai sensi dell’art. 188 D.Lgs 285/92, CdS, dell’art. 381 Regol. CDS, DPR 495/92 e L.R. 9/82**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………………………………….il …………………………

e residente a …………………………………………………………………………………………………….

via ………………………………………………… nr. …………….. tel. ……………………….……………

# CHIEDE

[ ]  IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO

[ ]  IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO

[ ]  IL DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO

La richiesta è riferita a:

[ ]  sé stesso/a .

[ ]  per il/la Sig./Sig.ra ………………………….………………………………………………………… nato/a a ………………………………………….………….………………..il …………………………e residente a ………………..…………….……………… in via ………………………………………………………nr….

 (ai sensi dellart. 33, comma 4 della legge 23.12.2000, n. 388 il rilascio del contrassegno è esente dall’imposta di bollo).

**Si allega:**

* 1 fotografia (formato tessera)
* Verbale commissione di prima istanza di accertamento dell’invalidità civile
* Dichiarazione rilasciata dall’ATS competente
* Denuncia di furto/smarrimento recante il numero del contrassegno e scadenza
* Certificato del medico di base attestante la permanenza delle condizioni di disabilità

 Firma

Capo di Ponte, ………………………… … ………………………………………………

spazio riservato all’ufficio

N. CONTRASSEGNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA CONTRASSEGNO /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

DATA SCADENZA \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/