



Al SINDACO
del Comune di Valera Fratta (LO)

**RICHIESTA DI RILASCIO CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA
SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via/piazza _____
con la presente

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno in oggetto, ai sensi del D.P.R. 30 luglio 2012 n° 151,

Art. 188 del D.Lgs. 30 aprile 1992 n° 285 (Codice della Strada) e successive modificazioni ed integrazioni;

Art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n° 495 (Regolamento al CdS);

a nome di _____ telef. _____

Consapevole della responsabilità penale per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

di essere residente a _____
via/piazza _____ n° _____

Scadenza e numero contrassegno posseduto _____

Valera Fratta, _____ li _____

IL RICHIEDENTE _____

Spazio riservato all'Ufficio		
richiesta ricevuta		
data	Agente di P.L.	
contrassegno consegnato		
data	a	firma per ricevuta

Allegati:

1. Certificato del medico-legale dell'ASL;
2. N. 2 foto tessere;



