

Al Sig. SINDACO

del Comune di FIORENZUOLA D'ARDA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Fiorenzuola d'Arda in _____ n° _____

tel. _____

D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 di avere capacità di deambulazione sensibilmente ridotta perché affetto/a da _____

_____ e pertanto

C H I E D O

il rilascio dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta di veicoli al servizio di persone invalide.

A tale scopo allego alla presente richiesta il Certificato rilasciato dall'Ufficio di Medicina Legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza - Distretto di Fiorenzuola d'Arda.

Fiorenzuola d'Arda, lì _____

IL RICHIEDENTE

Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016 per le finalità istituzionali connesse al rilascio dell'autorizzazione.

Parte riservata all'Ufficio ricevente

RICEVUTA IL _____

L'ADDETTO _____

(Mod. CI01 – Richiesta rilascio contrassegno invalidi)