

Al Sig. SINDACO

del Comune di FIORENZUOLA D'ARDA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Fiorenzuola d'Arda in _____ n° _____

DICHIARO

sotto la mia responsabilità di avere capacità di deambulazione sensibilmente ridotta perchè affetto/a da _____

_____ e pertanto

CHIEDO

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, li _____

IL RICHIEDENTE

Parte riservata all'Ufficio ricevente

RICEVUTA IL _____

L'ADDETTO _____

(Mod. CI01 – Richiesta rilascio contrassegno invalidi)