

**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 rinnovo dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta di veicoli al servizio di persone invalide, ora recante il n° \_\_\_\_\_ e scadenza in data \_\_\_\_\_***

A tale scopo allego alla presente richiesta il Certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio

Fiorenzuola d'Arda, lì \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

*Parte riservata all'Ufficio ricevente*

**RICEVUTA IL** \_\_\_\_\_

**L'ADDETTO** \_\_\_\_\_