

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
SPADAFORA

Oggetto: Richiesta contrassegno soggetto portatore di handicap

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a Spadafora in Via _____ Tel. _____

CHIEDE

- per il familiare, nato/ail.....
- Di ottenere ai sensi del D.P.R. n.384/78, del D.P.R. n.495/92,della Legge n.104/92 art.28 il rilascio dell'apposito “contrassegno” per il diritto alla sosta ed alla circolazione in zone di divieto.

Allega certificazione attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, rilasciata dall' AUSL servizio medicina di base – ufficio di Spadafora

Dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento quale la presente dichiarazione viene resa.

Spadafora li _____

(firma)