

Al Comune di Villa d'Ogna

Il sottoscritto/a _____ telefono n. _____

a nome di _____ nato/a a _____ il _____
residente a Villa d'Ogna in _____

relativamente al contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/92

CHIEDE

1	<input type="checkbox"/> IL RILASCIO ed a tal fine allega <u>una</u> delle seguenti certificazioni: <input type="checkbox"/> verbale commissione medica invalidi ASL o INPS con l'indicazione della sussistenza del requisito di ridotte o impedito capacità motorie/deambulatorie; <input type="checkbox"/> certificazione di capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL;
2	<input type="checkbox"/> IL RINNOVO ed a tal fine allega certificato del medico curante sul persistere delle condizioni di ridotte o impedito capacità motorie/deambulatorie; <input type="checkbox"/> restituisce il contrassegno scaduto <input type="checkbox"/> non restituisce il contrassegno scaduto per _____ _____

ALLEGA fotografia formato tessera

Data _____

In fede _____