

AL COMUNE DI

**OGGETTO** Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi  
ai sensi del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503 - D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495

Il sottoscritto ..... sesso  M  F <sup>(1)</sup>

nato a ..... il .....

residente a .....

via ..... n. ....

invalido come da allegata certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Unità/Azienda  
Sanitaria Locale n. .... di .....

**CHIEDE**

la concessione dello speciale contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, per  
la circolazione e sosta con veicolo a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensi-  
bilmente ridotta.

.....  
data

.....  
Firma del richiedente

<sup>(1)</sup> Barrare la casella che interessa.