



COMUNE DI FORMIA

SETTORE POLIZIA LOCALE

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Il/La sottoscritt _____, _____ nat _____
a _____ prov. _____ il _____ e residente in
FORMIA in via /p.zza _____ n° _____
tel. _____ cell. _____ C.F. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, N.445).

CHIEDE (barrare solo il proprio tipo di richiesta)

- RILASCIO** (del contrassegno speciale)
- RINNOVO** del contrassegno n. _____
- DUPLICATO** per smarrimento furto errata trascrizione
 cambio domicilio deterioramento

Allega:

- CERTIFICAZIONE MEDICA**, rilasciata dall' Ufficio del Medico Legale dell'ASL di appartenenza, attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. Esibisce originale della certificazione.
- VERBALE DELLA COMMISSIONE MEDICA** integrata di cui all'art. 20 del D.L. Luglio 2009, N.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 Agosto 2009 N. 102, comprovante la
 - o **CECITA'** (art.12, c.3 D.P.R. 503/96)
 - o **DEFINITIVA** ridotta capacità di deambulazione
 - o **TEMPORANEA** ridotta capacità di deambulazione fino alla data _____
- N. 2 FOTOGRAFIE** formato tessera a colori recente

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN FOTOCOPIA

Responsabile in caso di comunicazioni il sig. _____

In qualità di _____ Nat _____ a _____ prov. _____ il _____ residente
a _____ Via _____ tel _____

Formia, lì _____

In fede _____

RITIRO in data _____

Firma _____