

Al Signor SINDACO  
del Comune di

**AQUILA D'ARROSCIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
numero telefonico per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_ a causa delle proprie capacità  
di deambulazione sensibilmente ridotte

**CHIEDE il**

- RILASCIO**
- RINNOVO**
- DUPLICATO**

**del contrassegno invalidi previsto dal D.P.R. 16 Dicembre 1992 n°495 e dal D.P.R. 24 luglio 1996 n° 503**

Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.

Il/la richiedente dichiara , sotto la propria responsabilità (art 46 D.P.R. 28/12/2000 n° 445), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n° 445)

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa*

*Firma*

---

N.B.: Allegare il certificato medico comprovante le ridotte capacità deambulatorie rilasciato dalla A.S.L.