

Al Sindaco del
Comune di San Venanzo

Oggetto: richiesta **RILASCIO/RINNOVO** autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

La sottoscritta _____ nato/a a _____ in data _____ e
residente in San Venanzo (TR) in _____,

CHIEDE

Il RILASCIO/RINNOVO di autorizzazione in deroga per la circolazione e sosta di veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed il relativo contrassegno invalidi.

Al riguardo si allega certificazione medica.

Il/La richiedente

Comune di San Venanzo

Provincia di Terni

tel. 075.875123 – fax 075.875386

Servizio Polizia Municipale

Si dichiara di avere RILASCIATO/RINNOVATO l'autorizzazione e relativo contrassegno invalidi recante il
n. _____.

San Venanzo, li _____

Il Responsabile procedimento

San Venanzo, li _____

Il Sindaco
