

€ 16,00

Prot. n° del

All'Ufficio Polizia Locale
del Comune di
Sant'Antonio di Gallura

OGGETTO: richiesta contrassegno inerente le facilitazioni per la circolazione dei veicoli al servizio di persone con limitate o impedita capacità motorie – D.P.R. 503/1996.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ e residente in _____

Via _____ n° _____, in relazione a quanto previsto dagli artt. 188 del D.Lgs 30/04/1992 n°285 e 381 del D.P.R. 16/12/1992 n°495.

CHIEDE

Il

- RILASCIO**
- RINNOVO**

Della speciale autorizzazione inerente le facilitazioni per la guida e la sosta di veicoli al servizio di persone con limitata o impedita capacità motoria.

A tal fine allega certificazione rilasciata in data _____ da:

- Ufficio Igiene Pubblica della A.S.L. di appartenenza.**
- Medico personale**

Sant'Antonio di Gallura, li _____

IL RICHIEDENTE
