

Oggetto: Richiesta contrassegno parcheggio disabili.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, residente a Rivoli in _____

recapito telefonico _____

Porge istanza al fine di ottenere:

- il rilascio** del contrassegno che autorizza la sosta dei veicoli in uso alle persone disabili (se la domanda è inoltrata per la prima volta)

Allega:

- Parere medico legale del Servizio di Medicina legale
 - 2 foto tessera del richiedente
 - Fotocopia Documento di identità in corso di validità del richiedente
- il rinnovo** del contrassegno
- se il precedente certificato aveva validità uguale a 5 anni:
 - Certificato medico curante che *confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno*
 - se il precedente certificato aveva validità inferiore a 5 anni
 - Parere medico legale del Servizio di Medicina legale

Allega:

- 2 foto tessera del richiedente
- Fotocopia Documento di identità in corso di validità del richiedente

Data _____

Firma del Richiedente o tutore legale

Agg. 24.03.2016

ASLTO3 Servizio Medicina Legale COLLEGNO, Via Martiri XXX Aprile, 30
prenotazioni : lunedì 13.30 – 15.30; mercoledì 9,30 – 12,00; venerdì 9,30 – 12,00
prenotazioni telefoniche: 011 – 4017195 - lunedì 9.00 - 12.00; giovedì 9.00 - 12.00;

Per ricevuta: data _____

Firma _____

