

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Al Dirigente Comandante
Settore Polizia locale
del Comune di
25070 CASTO BS

RICHIEDENTE

Nominativo _____
nato/a _____ il _____
residente _____
via/piazza _____ n. _____ tel. _____

BENEFICIARIO (se persona diversa dal richiedente)

Nominativo _____
nato/a _____ il _____
residente _____
via/piazza _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

☐ Rilascio

☐ Rinnovo

☐ Duplicato

del contrassegno invalidi previsto dall'art. 188 del D.Lgs. 285/92 e art. 381 D.P.R. 495/92.
Allo scopo allega la seguente documentazione:

- ☐ Dichiarazione rilasciata dall'Asl competente;
- ☐ Verbale commissione di prima istanza di accertamento invalidità civile;
- ☐ Certificato medico di base attestante la permanenza delle condizioni di disabilità;
- ☐ Denuncia di furto/smarrimento recante il numero di contrassegno e scadenza;
- ☐ Fotocopia della carta di identità del beneficiario (se persona diversa dal richiedente).

CASTO _____

Firma _____