

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI ACQUEDOLCI

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in Acquadolci, via \_\_\_\_\_ , n.\_\_\_\_\_, trovandosi nella condizione di portatore di handicap, con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

C H I E D E

Alla S.S. il rilascio del “Contrassegno Speciale per Invalidi, ai sensi del D.P.R. n.384 del 27/04/1978, art.6 e successive modificazioni.

A tal fine si allega:

- certificato medico rilasciato dall’A.S.L., attestante la limitazione permanente e l’impossibilità a fruire dei mezzi di trasporto a causa della capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.
- certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi (solo per il rinnovo)
- fotocopia documento d’identità
- Restituzione del contrassegno scaduto (solo per il rinnovo)

- \_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti, ai sensi della Legge n.675 del 31/12/1996, sono trattati esclusivamente ai fini dell’istruttoria della presente e del fatto che tali dati verranno comunicati ai soggetti che erogano il servizio o la prestazione da me richiesti e ad ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli ai fini della corretta e completa istruttoria della pratica oggetto della presente.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_