

OGGETTO : Richiesta di RINNOVO / DUPLICATO CONTRASSEGNO INVALIDI.

IL Sottoscritto _____, nato a _____, il _____ e residente a SAN MICHELE DI GANZARIA via _____ nr. _____, telefono nr. _____, già in possesso del contrassegno invalidi nr. _____, con scadenza _____,

CHIEDE

di poter ottenere: **RINNOVO (1)** **DUPLICATO (2)**

dello speciale contrassegno invalidi approvato con art. 381 del D.P.R. nr. 495/92, per la facilitazione alla circolazione ed alla sosta dei veicoli delle persone con ridotte o impedito capacità motorie.

Dichiaro di avere ricevuto e compreso l'informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 2016 n. 679, disponibile nel sito istituzionale del Comune all'indirizzo <http://www.comune.sanmichelediganzaria.ct.it/privacy/>

San Michele di Ganzaria, li _____

Firma _____

Note:

Allegare

- N. 1 Foto recente formato tessera;
- Copia di un valido documento di identità.
- (1) allegare certificato rilasciato dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- (2) allegare copia della denuncia di smarrimento/furto redatta da un organo di Polizia o Autocertificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.200 di smarrimento/furto.

