

(RILASCIO)

Al Signor Sindaco
del Comune di Samarate
Via V. Veneto 40
21017 Samarate (Va)

**RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA
NELLE STRADE IN CUI SONO IN VIGORE PROVVEDIMENTI LIMITATIVI.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in Samarate (Va) via _____ nr. _____ telef. _____

Essendo gravemente impedito alla deambulazione, come risulta dall'allegata certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico - legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;

Chiede

alla S.V. il **rilascio** del contrassegno previsto dall'art. 381 del C.d.S. e dal D.P.R. nr. 384 del 27/04/1978, per la circolazione e la sosta nelle strade in cui sono in vigore provvedimenti limitativi.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre;

1. di non essere titolare di analogo contrassegno rilasciato da un Comune diverso da quello di Samarate;
2. di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a codesto Comune in caso di mio trasferimento di residenza in altro Comune;
3. di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli Agenti accertatori e a relativa sospensione.

- Allega certificazione medica rilasciata dall'uff. medico-legale dell'A.S.L
- Allega N. 1 foto tessera

Samarate, li, _____

Il/La richiedente

.....
Spazio riservato all'uff. Polizia Locale

Addì _____ presso questo Comando di Polizia Locale viene consegnato, il contrassegno invalidi nr. _____ rilasciato in data _____ con scadenza il _____, al/lla sig./ra _____ in qualità di _____ che firma per ricevuta.

Samarate, li, _____

Firma per ricevuta _____