

(RINNOVO)

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

**RINNOVO 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 rilasciata dal medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

Chiede

*Alla S.V. il **rinnovo** 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 dal medico di base.*
- N.I fototessera*

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 _____