

DOMANDA RILASCIO CONTRASSEGNO INVALIDI

AI COMANDO DELLA POLIZIA LOCALE
DEL COMUNE DI CANONICA D'ADDA
Servizio Polizia Amministrativa

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a.....prov.....il.....

Residente a Canonica D'Adda in via/piazza/corso.....

Tel.....codice fiscale.....

CHIEDE

(barrare la casella di proprio interesse)

- Il rilascio
- Il rinnovo (dopo 5 anni dal rilascio del precedente)
- Il duplicato (in caso di smarrimento, furto, deterioramento)

Del contrassegno speciale per il parcheggio per persone con effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ai sensi dell'Art. 381 del D.P.R. 495/1992.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
- che l'uso del contrassegno è personale;
- di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (Art. 76 del D.P.R. 445/2000).

Firma del richiedente (*)

.....

(*) Qualora il richiedente fosse impossibilitato a firmare, può apporre la firma un familiare munito del documento d'identità proprio e del richiedente.