



COMUNE DI PAVIA  
SERVIZIO Mobilità

RINNOVO (\*)

PRATICA NUOVA

(\*) PER IL RITIRO DEL NUOVO  
CONTRASSEGNO RICONSEGNARE IL  
PRECEDENTE

Contr. \_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione alla circolazione e sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

(N.B.: DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

( sotto la sua personale responsabilità e conscio delle sanzioni penali previste dall'art. 76 commi 1,2,3 del DPR N.445 del 28.12.2000 in caso di false dichiarazioni) al fine di ottenere quanto citato in oggetto

**DICHIARA:**

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

- Di essere nato a ..... Il ...../...../.....
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Di essere residente a **PAVIA** in via ..... n°.....
- Recapito telefonico ..... E- mail .....
- Che le autovetture utilizzate sono le seguenti (inserire max 2 targhe per passaggio da telecamere ed allegare copia carte di circolazione)

TIPO: \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

TIPO: \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

Alla domanda si allega certificazione medica rilasciata dal medico competente dell'A.S.L., dalla quale risulta che la capacità di deambulazione del /la Sig./Sig.ra ..... è sensibilmente ridotta.

**IL RICHIEDENTE**  
(o tutore se minore o impossibilitato a firmare)

Pavia, .....  
.....

*Riservato all'Ufficio*

Il Contrassegno invalidi n° ..... è stato consegnato in data ..... Al /la Sig./Sig.ra..... documento.....

L'incaricato

firma per ricevuta

.....

.....

