



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

.....

.....

