

*Al Sig. Sindaco
del Comune di Foza
Via Roma n. 4
36010 FOZA (VI)*

OGGETTO: richiesta “contrassegno invalidi”.Art. 188 D.Lgs. 30.04.1992 n. 285 e art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ (___) il _____. residente a
_____ (___) in _____ via
_____ n. _____, tel. _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno di cui all’oggetto, avendo capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Allega certificazione medica.

In attesa di riscontro, porge distinti saluti.

Data _____

(firma)