

Al Sig. Sindaco

del Comune di Pavone C.se

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE IN DEROGA PER MOBILITA' DI PERSONA INVALIDA CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA A MEZZO VEICOLI (Art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n.495)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

RICHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'oggetto

TIPO DI RILASCIO (Barrare la relativa casella)

PRIMO RILASCIO

Allegare il certificato medico rilasciato Commissione Medico Legale.

RINNOVO

1 - In caso di rinnovo di un contrassegno con validità **TEMPORANEA** è necessario rivolgersi preventivamente alla Commissione Medico Legale.

2 - In caso di rinnovo di un contrassegno con validità **PERMANENTE** è necessario rivolgersi preventivamente al proprio medico curante per l'attestazione del perdurare della patologia diagnosticata in precedenza dalla Commissione Medico Legale

Indicare il numero e la data di rilascio del precedente contrassegno: Numero \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**E' obbligatorio, al momento del ritiro del nuovo contrassegno restituire in contrassegno scaduto.**

RICHIESTA DI DUPLICATO (Furto/smarrimento o deterioramento)

In caso di furto/smarrimento allegare il certificato di denuncia effettuata presso le Autorità competenti.

Validità del contrassegno richiesto:

TEMPORANEO

PERMANENTE

Pavone Canavese, li \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE