

AI SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI SANDIGLIANO

**RICHIESTA DI RINNOVO DI PERMESSO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA IN
DEROGA DI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONA CON CAPACITA' DI
DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____, via _____ n° _____
recapito telefonico _____
titolare dell'autorizzazione per la circolazione e soste dei veicoli al servizio delle persone
con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta n° _____
rilasciata dal Comune di _____
in data _____ e con scadenza il _____

CHIEDE

il rinnovo dell'autorizzazione di cui sopra e a tal scopo allega :

- certificato medico, rilasciato dal proprio medico curante attestante il persistere della patologia invalidante (condizione che a suo tempo ne aveva determinato il rilascio).
- il contrassegno scaduto di validità (di colore arancio)

IL/LA RICHIEDENTE
