

**Oggetto: richiesta autorizzazione invalidi DPR 503/96.**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a .....il .....

Residente a ..... in Via/Piazza

.....n.....int.....

telefono.....

**In caso di rinnovo:**

Già in possesso del contrassegno n. .... Del .....

**CHIEDE**

Il rilascio / rinnovo dell'autorizzazione (e relativo contrassegno) invalidi di cui al D. Lgs. 30/4/1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR n. 503 del 24.7.1996, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato, rilasciato dal medico.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega : certificato medico.

(per il rinnovo anche il vecchio contrassegno)

.