

ALL'UFFICIO POLIZIA MUNICIPALE

P.ZZA MAZZINI

06061 CASTIGLIONE DEL LAGO PG

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via/P.zza/Loc.

CHIEDE

Il RILASCIO / RINNOVO del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di attuazione del Codice della Strada per la mobilità delle persone diversamente abili.

- 1) In caso di RILASCIO allegare alla presente il certificato rilasciato dal **Direttore Sanitario** del Centro di Salute della A.S.L. nr. 2 del Trasimeno, Via Carducci, Castiglione del lago
- 2) In caso di RINNOVO allegare alla presente il certificato rilasciato dal **medico curante** che attesti la permanenza delle pregresse condizioni mediche.

Dichiara inoltre di acconsentire al trattamento dei dati personali ai fini del rilascio/rinnovo contrassegno disabili.

Castiglione del Lago, _____

Il dichiarante
