

**COMUNE DI ORIOLO ROMANO (VT)
POLIZIA LOCALE**

**RICHIESTA CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA SOSTA E LA
MOBILITA' DEI DISABILI**

Alla Polizia Locale di
01010 ORIOLO ROMANO (VT)

Il sottoscritto _____, nato a
_____ (_____) il _____, residente a
ORIOLO ROMANO (VT) in _____ via/piazza
_____, civ. _____, in relazione al
D.Lgs. 285/92 e al D.P.R. 495/92

CHIEDE

il rilascio dello speciale contrassegno per la mobilità dei disabili

DICHIARA

di confermare i dati sopra descritti

(firma)

Allega:

Originale di certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale della ASL VT/4

Copia di un documento di identità in corso di validità

N. 2 fototessera

Ricevuta di versamento diritti per € 5,00