



Associazione Intercomunale della Pianura Forlivese

Corpo di Polizia Municipale

Distaccamento di Bertinoro

47032 Largo Cairoli, 6. Tel:0543469271- Fax:0543445318

e-mail:vigili@comune.bertinoro.fc.it



Prot.lla

Bertinoro, li _____.

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
47032 BERTINORO (FC)**

OGGETTO: richiesta rilascio/rinnovo contrassegno per la sosta e la circolazione riservata agli invalidi.

(Art. 188 comma 2 del D.Lvo n. 285 del 30.04.1992).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____
n. _____, tel. _____, in qualità di _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno per la sosta e la circolazione riservata agli invalidi, di cui all'art. 188/2° comma del D.Lvo n. 285 del 30.04.1992, a nome di _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a Bertinoro (FC) in _____ n. _____, tel. _____ in quanto
affetto da grave patologia che impedisce la normale deambulazione (vedi certificato del medico
igienista in allegato).

Distinti Saluti.

In fede
