

All' U.O. MEDICINA LEGALE
Sede operativa di _____

RICHIESTA RIESAME "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____

Tel/Cellulare _____

Avendo ricevuto in data _____ comunicazione di giudizio sfavorevole al rilascio/rinnovo del contrassegno di circolazione e sosta dei veicoli a soggetti con capacità deambulatoria sensibilmente ridotta in sede di accertamento monocratico

CHIEDE IL RIESAME DELL'ACCERTAMENTO

Motivazione della richiesta di riesame:

Documentazione allegata:

_____, _____

(firma del ricorrente)

La domanda deve essere presentata entro 60 giorni dalla comunicazione del giudizio, all'U.O. Medicina Legale territorialmente competente, oppure essere inviata tramite raccomandata A/R.

Alla domanda deve essere allegata:

1. copia del certificato con giudizio sfavorevole;
2. copia di un documento di riconoscimento valido (carta d'identità, patente, etc...);
3. tutta la documentazione sanitaria che si ritiene necessaria

Riesame contrassegno disabili Allegato_5.doc