

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

RICHIESTA DI VALUTAZIONE AGLI ATTI AI FINI DEL RILASCIO DEL “CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI”

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____

Tel/Cellulare _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

IN QUALITÀ DI:

TITOLARE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO PER INCAPACITÀ NELLO SVOLGIMENTO DEGLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA;

TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DI _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ cap _____

Via _____ n. _____ ,

TITOLARE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO PER INCAPACITÀ NELLO SVOLGIMENTO DEGLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA,

**CHIEDE
VALUTAZIONE AGLI ATTI**

della sussistenza dei requisiti psico-fisici fondanti la concessione del contrassegno di parcheggio per disabili

Documentazione allegata:

_____ lì, _____

(firma)