

Prot. N. _____

AL PRESIDIO POLIZIA MUNICIPALE

DI

41042 – FIORANO MODENESE

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in via/piazza _____ n° _____

Comune di _____ Prov. _____

a nome di _____ nato/a a _____

il _____ residente a Fiorano Modenese (Mo) _____ n° _____

In rapporto di _____ telefono fisso _____

cellulare _____ posta elettr. _____

C H I E D E

CHE A SEGUITO PRESENTAZIONE, IN ALLEGATO, DI APPOSITA CERTIFICAZIONE MEDICA (CERTIFICAZIONE DELL' UFFICIALE SANITARIO COMPETENTE OPPURE CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA COMMISSIONE MEDICA DELL'AZIENDA U.S.L. CON CODICE _____); GLI VENGA **RILASCIATO** L'AUTORIZZAZIONE ED IL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDI.-

SI ALLEGA UNA FOTOTESSERA DELLA PERSONA DISABILE.-

TESSERINO PRECED. N. _____

CON SCADENZA NR. _____

In Fede _____

Fiorano Modenese , _____