



Comune di Giovinazzo

Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità



Piazza Vittorio Emanuele II – Tel/Fax 0803945073 – Tel 0803949507

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: **Richiesta contrassegno per veicolo adibito al trasporto di invalidi.**

D.P.R. 27 aprile 1978 n. 384 D.M. 8 giugno 1979

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

e residente a Giovinazzo in Via _____ n. _____ ,

disabile con deambulazione sensibilmente ridotta per _____

C H I E D E

ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, che gli venga rilasciato apposito contrassegno di parcheggio per l'auto adibita al proprio trasporto.

Giovinazzo, _____

Il richiedente

Si allega
Certificato di residenza

Il sottoscritto, inoltre, dà esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge n. 675/98 e s.m.i., consapevole del fatto che, in mancanza del predetto consenso, la richiesta di che trattasi può subire notevole ritardo o impossibilità nella sua definizione.

Il dichiarante