

RISERVATO ALL'UFFICIO	
CONTRASSEGNO n° _____	
DEL _____	SCADE _____

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO INVALIDI

RINNOVO RILASCIO

Il sottoscritto / a:

COGNOME NOME

L. LUGO DI NASCITA	PROV.	DATA
_____	_____	_____

COMUNE DI RESIDENZA O DOMICILIO	PROV.	CAP
_____	_____	_____

PIAZZA / VIA	N° CIVICO
_____	_____

RECAPITO TELEFONICO	ALTRO RECAPITO
_____	_____

PER CONTO PROPRIO

IN QUALITA' DI _____ (figlio/genitore/fratello ecc.) di:

COGNOME NOME

L. LUGO DI NASCITA	PROV.	DATA
_____	_____	_____

COMUNE DI RESIDENZA O DOMICILIO	PROV.	CAP
_____	_____	_____

PIAZZA / VIA	N° CIVICO
_____	_____

Categoria invalidità

<input type="checkbox"/> Persona con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta
--

<input type="checkbox"/> Persona non vedente
--

CHIEDE IL RILASCIO/RINNOVO DI CONTRASSEGNO INVALIDI

QUINQUENNALE

A TEMPO DETERMINATO (in conseguenza di infortunio o altre cause patologiche)
Periodo _____

ALLEGA

- Certificazione medica del Servizio di Medicina Legale dell'ASL (solo per le richieste di rilascio)
- Certificato del medico curante (solo per le richieste di rinnovo)

Data _____

Firma _____