



Al Comandante la P.M.
MISTERBIANCO

Il sottoscritto _____, in nome e per conto del
Sig. _____ nato a _____
il _____ e residente in Misterbianco in Via _____,
Codice Fiscale _____ nella condizione di **disabile**
con deambulazione sensibilmente ridotta, come certificato dal locale Servizio di Medicina Legale e
Fiscale, che si allega in copia o fotocopia legge n 104 di invalidità, più 2 foto formato tessera.

CHIEDE

alla S.V. ai sensi del D.P.R. n. 495/92 e del D.M. n. 1176/79, che gli venga **rilasciato**
-rinnovato-duplicato il contrassegno per disabili.

Con Osservanza

Misterbianco, _____

RICEVUTA

Il sottoscritto _____ nella qualità di _____
del disabile Sig. _____ ritira il Contrassegno di che
trattasi, in data _____

Firma

Contrassegno N. _____