



**COMUNE DI VILLACIDRO**  
PROVINCIA del MEDIO CAMPIDANO  
SERVIZIO DI POLIZIA MUNICIPALE- SUAP – COMMERCIO

**COMUNE DI VILLACIDRO**  
**Ai Servizio Polizia Municipale**  
Piazza Municipio, 1  
Tel. 07093442282 – Fax 0709316066  
e-mail: [protocollo.villacidro@pec.it](mailto:protocollo.villacidro@pec.it)

**OGGETTO: Contrassegno invalidi - Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Villacidro in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Rilascio
- Rinnovo concessione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Duplicato concessione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta dei veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

**Documentazione da allegare:**

- Per il rilascio di un nuovo permesso: certificato medico-legale dell'ASL competente , dalla quale risulta che nella visita medica è stata espressamente accertato l'effettiva capacità di deambulazione ridotta,
- Solo in caso di rinnovo di permesso definitivo: certificato del medico curante

Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, e successive modificazioni, compresa la legge 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_

Si autorizza inoltre l'utilizzo del numero di telefono indicato per le comunicazioni anche eventualmente via sms di cui alla legge 150/2000.

Firma \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'ufficio

Concessione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_