Timbro arrivo protocollo generale	MARCHE DA BOLLO ALLEGATE SI ☐ NO ☐	**Marca da Bollo da €uro 14,62** **Solo per le Autorizzazioni Temporanee**

Al Sindaco
del Comune di
GRAFFIGNANA

DOMANDA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
(*Art. 188 D. Lgs. 30 aprile 1992 n. 285*)

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

il _____ residente a Graffignana in Via _____ n.____

recapito telefonico _____

- o in proprio
- o in qualità di _____ del Sig _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. ____

C H I E D E

- ❑ il **RILASCIO** dell'autorizzazione di cui all'articolo 188 del Codice della strada e del relativo contrassegno con validità :

  o temporanea per _____ anni / mesi
  o permanente.

Allega :Certificato medico rilasciato dall'ufficio medico legale della ASL competente (ASL LODI)

- ❑ il **RINNOVO** dell'autorizzazione n. _____

Allega:

1. *Certificato medico rilasciato dal medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (solo per i contrassegni con validità permanente)*
2. *Certificato medico rilasciato dall'ufficio medico legale della ASL competente (ASL LODI) per leautorizzazioni temporanee.*
3. *Il contrassegno scaduto di validità.*

- ❑ il **DUPLICATO** del contrassegno invalidi n. _____ per
  - ❑ *deterioramento*
  - ❑ *furto*
  - ❑ *smarrimento*

Allega: in caso di furto o smarrimento denuncia relativa o in caso di deterioramento il contrassegno deteriorato.

Per il rilascio, il rinnovo e il duplicato del contrassegno a tempo determinato, la domanda deve essere presentata in bollo del valore di €uro 14,62 con allegata una ulteriore marca da bollo di pari importo da apporre sull'autorizzazione.

data _____

Il Richiedente
_____