



REGIONE DEL VENETO

# COMUNE DI MALCESINE

C.A.P. 37018  
Cell. 339 8039107

Tel. 045/6589924  
Fax. 045/6589912

**CORPO POLIZIA LOCALE**



AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI  
37018 – MALCESINE (VR)

**OGGETTO: Richiesta del contrassegno autovettura per invalidi.**

D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 art. 381.

D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503.

D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610 art. 217.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

e residente a Malcesine in Via \_\_\_\_\_

## CHIEDE

ala S.V., ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge, che gli venga rilasciato il contrassegno per invalidi.

Distinti Saluti.

Lì, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

allego: CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE;  
CERTIFICATO DEL MEDICO DELL'ULSS.



REGIONE DEL VENETO

# COMUNE DI MALCESINE

C.A.P. 37018  
Cell. 339 8039107

Tel. 045/6589924  
Fax. 045/6589912

**CORPO POLIZIA LOCALE**



AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI  
37018 – MALCESINE (VR)

**OGGETTO: Richiesta del contrassegno autovettura per invalidi.**

D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 art. 381.

D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503.

D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610 art. 217.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

e residente a Malcesine in Via \_\_\_\_\_

## CHIEDE

ala S.V., ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge, che gli venga rilasciato il contrassegno per invalidi.

Distinti Saluti.

Lì, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

allego: CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE;  
CERTIFICATO DEL MEDICO DELL'ULSS.