



COMUNE DI TREVIGNANO ROMANO (RM)

Città Metropolitana di Roma Capitale

Ufficio Polizia Locale

Piazza V.E.III°, 1 - Tel 06/999120232

mail polizialocale@comune.trevignanoromano.rm.it

pec: polizialocale@pec.comune.trevignanoromano.rm.it

Al Sindaco
del Comune di Trevignano Romano

Oggetto: Richiesta **contrassegno** persone con disabilità

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a Trevignano Romano via/piazza _____ n. _____
Telefono _____.

CHIEDE

L'Autorizzazione (e relativo contrassegno invalidi) di cui al D. Lgs. 30 Aprile 1992 n. 285 (art. 118 C.d.S.) ed art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del nuovo Codice della Strada, in quanto sussistono le condizioni e le necessità a suo tempo espresse come da certificato sanitario allegato, rilasciato dal medico di base.

Allega:
Fototessera
Certificato Medico

Trevignano Romano _____

firma _____