



# COMUNE DI VAIANO CREMASCO

Piazza Gloriosi Caduti n. 5 26010 VAIANO CREMASCO

Tel. 0373 278015 Fax 0373 278041

Al SINDACO del Comune di Vaiano Cremasco

## RICHIESTA DI RILASCIO CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI UTILIZZATI DA DISABILI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

con la presente

### CHIEDE

Il rilascio del contrassegno in oggetto ai sensi degli artt. 5 e 6 del D.P.R. 27 aprile 1978 n° 384 e successive modificazioni ed integrazioni; dell'art. 188 del D.Lgs. 30 aprile 1992 n° 285 (Codice della Strada) e successive modificazioni ed integrazioni; dell'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n° 495 (Regolamento al CdS) a nome di \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci:

### DICHIARA

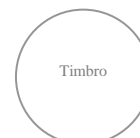
di essere residente a \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Vaiano Cremasco,

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'ufficio		
richiesta ricevuta		
data	Agente di P.L.	
contrassegno consegnato		
data	a	firma per ricevuta



**Allegati:** 1) Certificati ASL di comprovata necessità al rilascio di contrassegno speciale.  
2) n° 2 fototessera.