

AL RESPONSABILE DELL'AREA POLIZIA LOCALE DEL COMUNE DI GALBIATE - GARLATE

RICHIESTA SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO INVALIDI

Il/La sottoscritto/a			
nato/a a		il	
residente a		in	
documento		numero	
codice fiscale			

a norma delle vigenti disposizioni legislative

CHIEDE

la sostituzione del contrassegno invalidi (colore arancione) con rilascio su modello conforme alla normativa europea.

A tal fine allega:

- copia documento di identità
- n. 2 foto formato tessera a colori
- contrassegno (di colore arancione) n. _____ del _____
scadente il _____

Garlate, lì

Il Richiedente