

Al Sig. Sindaco del Comune  
di Chiusa Sclafani

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

e \_\_\_\_\_ residente a Chiusa Sclafani in \_\_\_\_\_

titolare del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che venga assegnato uno spazio di sosta riservato nei pressi della propria abitazione/luogo di lavoro, ai sensi dell'art. 381 del regolamento di esecuzione del Codice della Strada.

Il/La richiedente

\_\_\_\_\_

Si allega:

certificazione medica.\*

copia patente di guida in corso di validità e di carta di circolazione del veicolo.\*\*

\* l'interessato deve allegare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'A.S.P. di appartenenza, dalla quale risulta che la persona per la quale viene richiesta l'autorizzazione ha assoluta incapacità di deambulazione.

\* Il richiedente deve essere abilitato alla guida e deve disporre di un autoveicolo per il rilascio del contrassegno.