



# COMUNE DI VITTUONE

(Provincia di Milano)

## SETTORE SERVIZI SOCIALI

Timbro Protocollo

*Riservato all'Ufficio*

Resp. Proc.: T. Sirini

Termine: 5 giorni

Proced. n.:

Proroga:

### RICHIESTA DI CONTRASSEGNO INVALIDI

RILASCIO     RINNOVO

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Prov.	Data	
Comune di Residenza o Domicilio	Prov.	CAP	Piazza/Via	N. civico
Recapito telefonico	Altro recapito	e mail		

per conto proprio

in qualità di \_\_\_\_\_ (figlio/genitore/fratello ecc.) di:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Prov.	Data	
Comune di Residenza o Domicilio	Prov.	CAP	Piazza/Via	N. civico
Recapito telefonico	Altro recapito	e mail		

**Categoria di utenza:**

persona con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

persona non vedente

CHIEDE il rilascio/rinnovo di contrassegno invalidi:

Quinquennale

A tempo determinato (in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche) periodo \_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

Certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale dell'ASL (solo per le richieste di rilascio);

Certificato del medico curante (solo per le richieste di rinnovo).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<i>Riservato all'Ufficio</i>
Contrassegno n. _____ del _____ Scadenza _____

Note:

La presente richiesta, protocollata dal competente ufficio comunale, costituisce l'avvio del procedimento, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 241/90.