



Comando di Polizia Locale

RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO DISABILI

(barrare il caso ricorrente)

- Prima emissione contrassegno Europeo
 Emissione per rinnovo
 Emissione per deterioramento/smarrimento/furto del contrassegno originale

Il/la Sottoscritto/a

Nato/a a

Prov.

il

Residente a Acerno in via

n°

Codice Fiscale

Recapito telefonico

targa

C.F. intestatario auto

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno disabili per se medesimo o per

All'uopo, previa esibizione degli originali, si allegano copie del

- Verbale di Invalidità I.N.P.S.
 Documentazione rilasciata A.S.L.
 Versamento di €34 intestato ASL Distretto Sanitario 68 Giffoni V.P Servizio Tesoreria n° C/c 20682845
 Denuncia di Furto o di smarrimento
 Contrassegno originale deteriorato (PER DUPLICATO)
 n.2 fotografie formato tessera
 Fotocopia documento di riconoscimento

Acerno, ___/___/_____

il/la richiedente o il/la delegato

Per ricevuta: data ___/___/_____ Ora ___:___ firma _____

Sede Municipale:

Via Rimembranza, 84042 Acerno (SA) - P. IVA 00552610651 - Tel. 089 9821212 - 089 9821220
Fax 089 9821227 - poliziamunicipale@comune.acerno.sa.it comandovigili@pec.comune.acerno.sa.it -
www.comune.acerno.sa.it