



# COMUNE DI TREVIGNANO ROMANO (RM)

Città Metropolitana di Roma Capitale

Ufficio Polizia Locale

Piazza V.E.III°, 1 - Tel 06/999120232 - Fax 06/999120214

mail poliziale@comune.trevignanoromano.rm.it

pec: poliziale@pec.comune.trevignanoromano.rm.it

---

Al Sindaco  
del Comune di Trevignano Romano

Oggetto: Richiesta **uplicato contrassegno** persone con disabilità

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Trevignano Romano via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
già titolare del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, previa denuncia di smarrimento  
presentata in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_, di cui si allega copia.

Telefono \_\_\_\_\_.

## CHIEDE

Il duplicato dell'autorizzazione (e relativo contrassegno invalidi) di cui al D. Lgs. 30 Aprile 1992 n. 285 (art. 118 C.d.S.) ed art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del nuovo Codice della Strada, in quanto sussistono le condizioni e le necessità a suo tempo espresse come da certificato sanitario allegato, rilasciato dal medico di base.

Allega:

Fototessera

Certificato Medico

Denuncia di smarrimento

Trevignano Romano \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_