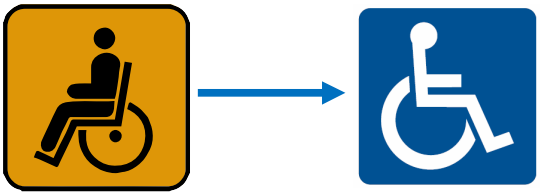
Mod. 3 – SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO DISABILI




**COMUNE DI LEVANTO**
PROVINCIA DELLA SPEZIA
*CORPO POLIZIA MUNICIPALE*

TEL: 0187 - 80.22.44
Email: poliziamunicipale@comune.levanto.sp.it
PEC: comune.levanto.sp@legalmail.it


# Richiesta SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO DISABILI

Il/la sottoscritt _

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nato a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ via_____n._____

telefono_____cellulare_____

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestatario del Contrassegno disabili n_____ ,antecedente il DPR 151/2012

Chiede

La Sostituzione del Contrassegno indicato con il Co ntrassegno Unificato Disabili Europeo (C.U.D.E.), mantenendo la scadenza del cont rassegno indicato.

☐ DICHIARA DI ESSERE ASSEGNATARIO DI STALLO PERSONALIZZATO (barrare se assegnatario)

La Spezia, lì_____ il richiedente

_____

Si allega (rinnovo):
1) n.2 fotografie formato fototessera.
2) Copia documento di identità del disabile.