

RESTITUZIONE CONTRASSEGNO DISABILI

Al Sig. SINDACO
Del Comune di
20821 – MEDA

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/p.zza _____ civ. _____

Grado di parentela con la persona intestataria del contrassegno disabili _____

D I C H I A R A

Di non aver piu' necessità e quindi di restituire a codesto Comune il contrassegno di autorizzazione alla sosta n. _____ rilasciato al disabile sig./sig.ra _____

in quanto:

€ ricoverato/a in Casa di cura, ecc .

€ trasferito in altro Comune

€ deceduto/a il _____

€ altri motivi: _____

Conferisce il consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03.

Meda, _____

Firma