

**Al Signor Sindaco  
di Prizzi**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a Prizzi in via \_\_\_\_\_  
titolare di patente categoria \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,  
**per il figlio minore** \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CHIEDE**

il rinnovo del contrassegno speciale invalidi n° \_\_\_\_\_ avente scadenza \_\_\_\_\_.

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Si allega certificazione medica.\*

\* per il rinnovo del contrassegno, l'interessato deve allegare la certificazione medica rilasciata dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno permesso il rilascio del contrassegno.