

**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.