

RESTITUZIONE CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

(Art. 188 Nuovo Codice della Strada)

**Al Responsabile di Servizio
del Comando di Polizia Locale
del Comune di:
MOTANO LUCINO (CO)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ Via/Piazza _____
n. _____ tel. _____ in qualità di _____
del Sig./Sig.ra _____
titolare del contrassegno n. _____ rilasciato il _____

RESTITUISCE

IL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO DISABILI PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

- DECESSO DEL TITOLARE**
- SCADENZA SENZA RINNOVO**
- EMIGRAZIONE presso altro Comune**

Montano Lucino, _____

L'interessato
