**Al SIG. SINDACO COMUNE DI OSIMO**

**c/o Polizia Locale di Osimo**

**Via Molino Mensa, 64**

**60027 Osimo (An)**

**OGGETTO: Richiesta DUPLICATO contrassegno per persone con disabilità**

Il/la sottoscritt………………………………………………………………………. nat….. il………………………

a………………………………………………………….…….. prov……………. , residente a Osimo (An) via/piazza…………………………………………………………………………………………………. n…………….

cap. 60027, documento di identità n…………………………………………………………………………..

rilasciato da………………………………………………………………….. il…………………….. in corso di

validità, **tel/cell……………………………………………………………………………………………………….**

 in qualità di persona titolare del contrassegno per persone con disabilità

**CHIEDE IL DUPLICATO**

del contrassegno n………………….. con scadenza ……………………………. rilasciato dal Comune di Osimo il……………………………………………………….. in quanto **smarrito/oggetto di furto** (cancellare la voce che non interessa).

Si allegano i seguenti documenti:

* denuncia di smarrimento/furto (cancellare la voce che non interessa) sporta presso l’Autorità competente;
* una fototessera;
* copia del documento di identità del richiedente duplicato contrassegno per persone con disabilità.

Data……………………………………………

 Firma del richiedente

…………………………………………………..

**All: fotocopia del documento di riconoscimento del delegato**

**Si consiglia di contattare il Comando di Polizia Locale per ritiro del contrassegno per persone con disabilità (071 723311).**