

**MODULO DI RICHIESTA PER ADEGUAMENTO CONTRASSEGNO  
DISABILI AL MODELLO EUROPEO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nt. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

res. Sarzana Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

titolare di pass disabili n° \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

chiede la conversione al nuovo Modello dell'Unione Europea.

**A tal fine allega n.1 fotografia formato tessera.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**La richiesta dovrà essere presentata all'Ufficio Protocollo del Comune di Sarzana.**

*1) Nel caso di scadenza imminente, dovrà essere allegato anche certificato del medico curante attestante la permanenza della capacità di deambulazione ridotta, se trattasi di pass con valenza quinquennale.*