TITOLO DI SOSTA PER ASSISTENZA A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Io sottoscritto/a .....

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

solo se non residenti a Bologna:

residente a ..... prov ..... via ..... n .....

in qualità di familiare/altro: .....del/la Signor/a .....

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

solo se non residenti a Bologna:

residente a ..... prov ..... via ..... n .....

COMUNICO

per l'agevolazione alla sosta gratuita di due ore giornaliere, la necessità di ricevere assistenza per sé o per la persona sopra indicata:

☐ presso la propria abitazione;

☐ presso il luogo di cura .....

sito in Via .....

A tal fine allego certificazione medica attestante la necessità di assistenza.

Data ..... **Firma**.....