



Proc. NO – T.DOC. 347 - TIT. 16.02.02

**RICHIESTA DELLE AGEVOLAZIONI PER GLI UTENTI  
DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE O.D.G.N. 212/1998  
(DUE ORE DI SOSTA GRATUITA PER ASSISTENZA)**

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

in qualità di:

familiare

persona di fiducia

del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_

(persona non autosufficiente o gravemente malata)

residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

che necessita di assistenza:

presso la propria abitazione

presso il luogo di cura denominato \_\_\_\_\_  
sito in via \_\_\_\_\_

**RICHIESTE I TAGLIANDI PER LA SOSTA GRATUITA PER ASSISTENZA**

per le seguenti auto:

1) auto targata \_\_\_\_\_ 2) auto targata

\_\_\_\_\_

3) auto targata \_\_\_\_\_ 4) auto targata

\_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**. Si allega apposita certificazione medica, in originale, attestante la necessità della richiesta in oggetto.**

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_