

AL COMUNE DI

**MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER
PERSONE INVALIDE**

(ai sensi del D.P.R. 24 luglio 1996, n 503 – D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita *località di nascita*

Residente a _____ in _____ telefono _____
Comune *via/piazza* *numero civico*

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 16 dicembre 1992 n. 495)

A tale scopo allega:

- 1 – Attestazione medico-legale uso rilascio contrassegno auto rilasciata dalla Azienda Sanitaria Locale;
- 2 - Documento d'identità in corso di validità;

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**. Non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identità in corso di validità
- Contrassegno scaduto

data

firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)
