DA CONSEGNARE AL COMUNE DI RESIDENZA

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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;

3 – N. 1 foto tessera

**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
* N. 1 foto tessera

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA’ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**