

Al Signor Sindaco del Comune di

.....

OGGETTO: Richiesta di ² Rilascio Rinnovo
Del Contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di
persone invalide.
(art. 188 Codice della Strada – D.Lgs. n. 285 del 30/04/1992 ed art. 381 del relativo
Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992)

Il sottoscritt _____ nat il ____/____/____
a _____ e residente a _____ in via/piazza
_____ n° _____ recapito telefonico _____,

chiede ¹

IL RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data
____/____/____ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale³ attestante che l'
scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte¹ permanenti temporanee⁴
fino al ____/____/____

IL RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data
____/____/____ dal Medico Curante dott. _____
attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale
contrassegno.

li ____/____/____

firma _____⁵

¹ Solo in caso di richiesta autorizzazione temporanea (sono necessarie due marche da bollo di cui una va apposta sulla presente)

Note per la compilazione

² Barrare la voce che interessa e depennare le altre;

³ Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dall'Organo che ha riconosciuto l'invalidità;

⁴ Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'A.S.L.

⁵ Per esteso e leggibile