

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGI PER DISABILI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cellulare _____

☐

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:

- Certificazione medica rilasciata dall' Ufficio di medicina legale dell'ASL
- N. 1 foto formato tessera

☐

Chiede il RINNOVO del contrassegno n. _____

A tale scopo allega:

- N. 1 foto formato tessera
- Contrassegno scaduto

Contrassegno DEFINITIVO:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**.

Contrassegno TEMPORANEO:

- Certificato rilasciato dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- Marca da bollo;

Talamello,

firma de richiedente