



Comune di ISPRÀ - Provincia di VARESE

## AREA POLIZIA LOCALE

Uffici Comando: Piazza Carlo Locatelli, 73, 21027 ISPRÀ (VA)

Tel 0332.78.33.300 Fax 0332.78.25.68

www.comune.ispra.va.it

Email: [polizialocale@comune.ispra.va.it](mailto:polizialocale@comune.ispra.va.it) Pec: [polizialocale.ispra@pec.it](mailto:polizialocale.ispra@pec.it)

**OGGETTO: RICHIESTA PER RILASCIO o RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER INVALIDI AI SENSI DEL D.P.R. 27 APRILE 1978 N.384 – D. LGS. 285 DEL 30 APRILE 1992 ART. 188 - D.P.R. 16 DICEMBRE 1992 N.495.**

Io sottoscritto .....  
nat..... a ..... il.....  
residente in .....  
via .....n°.....  
tel. n. ....e/o cell. n. ....  
invalido per.....  
.....  
come risulta dall'allegata certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Unità Sanitaria Locale  
n..... di .....

### CHIEDO

(Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta)

- IL RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).**

A tale scopo allego:

- Certificato originale rilasciato dall' Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;
- oppure: Verbale di accertamento della Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili contrassegnato dal codice 05-06-08-09;
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Fotografia formato tessera del richiedente.

- IL RINNOVO del contrassegno N. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).**

A tale scopo allego:

- Certificazione del medico curante attestante "la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Contrassegno scaduto;
- Fotografia formato tessera del richiedente.

- IL RINNOVO del contrassegno N. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni (temporaneo) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).**

A tale scopo allego:

- Certificazione originale rilasciata dall' Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Contrassegno scaduto;
- Fotografia formato tessera del richiedente.

\_\_\_\_\_ Data e firma del richiedente