**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 ……………………...………….………………………………………………………………

**C H I E D O**

(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