

Protocollo

Bollo\*

\*chi ha ridotte capacità motorie **permanenti** è esonerato dal pagamento del bollo

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Alla Polizia Locale del Comune di \_\_\_\_\_

## Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per disabili

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

### chiedo

NOTA: *barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa*

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili

il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili: solo per chi ha ridotte capacità motorie permanenti

per me stesso

per il/la sig./sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_  
in qualità di \_\_\_\_\_

A tal fine **allego**:

due foto formato tessera del titolare del contrassegno

copia del documento di identità in corso di validità

contrassegno di circolazione scaduto

certificazione medica come di seguito indicata:

- per il **rilascio** del contrassegno permanente e temporaneo

certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea

oppure, in caso di **invalidità permanente**

certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento

[ \_ ] certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)

[ \_ ] certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti)

per **il rinnovo del contrassegno**

[ \_ ] certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)

[ \_ ] certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica (per rinnovo del contrassegno temporaneo)

**Dichiaro** che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

fax numero \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

recapito diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma \_\_\_\_\_