

Al Sindaco
Comune di

RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI
Art. 381, DPR 495/1992

| | | |
|----------------------|----------|-----|
| Il/la sottoscritto/a | | |
| Codice fiscale | | |
| Nato/a a | Prov. | il |
| Residente in | Prov. | CAP |
| Via/Fraz/Loc. | n° | |
| e-mail | Telefono | |

in condizioni di disabilità con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del [DPR 445/2000](#) e informato che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#),

CHIEDE

il rilascio/ rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Trasmette in allegato:

- originale del certificato Servizio di medicina legale dell'USL di _____, rilasciato in data _____;
- originale certificato del medico curante in rilasciato in data _____, a conferma del persistere delle condizioni sanitarie;
- copia verbale commissione medica integrata di _____, rilasciato in data _____, integrato da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- n. 2 fotografie a colori formato tessera scattate di recente;
- contrassegno scaduto.

Il/la richiedente

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.