

**OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO
DISABILI.**

Il/la sottoscritto/a
nato/a a(.....)
il, residente nel Comune di..... in
via/piazzaN°.....Tel.....

CHIEDE (*barrare la/le casella/e*)

- (1) il **RILASCIO** del contrassegno invalidi modello europeo valido per la circolazione e sosta nazionale e nei paesi esteri membri dell'U.E.
(2) il **RINNOVO** del contrassegno invalidi n° con scadenza al *che m'impegno sin d'ora a restituire al momento della consegna del nuovo contrassegno.*

DICHIARA (*barrare la casella*)

- di essere in possesso di patente di guida e di utilizzare principalmente in proprio l'auto;
 di non essere in possesso di patente di guida.

ALLEGO alla presente

- A) n°1 fotografia formato tessera da applicare sul contrassegno;
B) fotocopia della Carta d'Identità o documento equipollente;
C) (1) per il rilascio di un nuovo contrassegno: copia dell'apposito Certificato di Accertamento della Commissione d'Invalidità dell'A.S.U.R. attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o abolita ai sensi del **D.P.R. 495/'92** ovvero di analogo Certificato Medico per Contrassegno Disabili dell'Ufficio Medicina Legale dell'A.S.U.R. ai sensi del **D.P.R. 503/'96**.
(2) per il rinnovo di un contrassegno in scadenza: certificato del medico curante che dichiara che "persistono le condizioni che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno".
(3) per il rilascio del **contrassegno** è d'obbligo allegare una fotocopia del contrassegno eventualmente già in dotazione.

Data

Firma

.....

Con la presente delego il/la sig./sig.ra
a ritirare in mia vece quanto sopra richiesto.

Firma

.....