

RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE PER DISABILI –DPR 495/92



Oggetto: Richiesta del contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte (art. 188 del CdS e art. 381 del DPR n. 495/92).

Il/La sottoscritto/a _____ sesso M / F

Nato/a il _____ a _____ prov. _____ e residente a Tuoro sul Trasimeno

In (via/piazza) _____ n. _____ Cod. Fisc. _____

Tel/cell _____

CHIEDE¹

IL RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data _____ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale² attestante che lo/a scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

permanenti temporanee³

IL RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data _____ dal medico curante dott. _____ attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale contrassegno.

IL DUPLICATO

Del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega la denuncia di smarrimento.

Consapevole che detto tagliando potrà essere utilizzato solo in presenza della persona invalida a bordo del veicolo, e che l'uso improprio verrà punito secondo la normativa vigente.

Tuoro sul Trasimeno, li _____

Firma⁴ _____

Allegare: fotocopia del documento di riconoscimento (della persona invalida).

- **Due foto formato tessera.**

ATTENZIONE: IN CASO DI RINNOVO DEVE ESSERE RESTITUITO IL TAGLIANDO INVALIDO SCADUTO

Note per la compilazione

1. Barrare la voce che interessa;
2. Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dell'Organo che ha riconosciuto l'invalidità, eccetto quello riportante nello specifico la disabilità al fine di rilascio della suddetta autorizzazione;
3. Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'ASL;
4. Per esteso e leggibile.