

**Richiesta di contrassegno speciale (tipo europeo) per la circolazione e la sosta di
veicoli che trasportano invalidi.**

__L__ sottoscritt__ _____

nella qualità di _____ (1)

RICHIEDE

(apporre una X dove interessa)

- IL PRIMO RILASCIO** __ (2)
 RINNOVO DI CONTRASSEGNO CON VALIDITA' INFERIORE AI 5 ANNI __ (3)
 RINNOVO DI CONTRASSEGNO CON VALIDITA' DI 5 ANNI __ (4)
 DUPLICATO __ (5)

dello speciale contrassegno invalidi approvato con art. 381 del D.P.R.
nr.495/92, per la facilitazione della circolazione e della sosta dei veicoli delle
persone con ridotte o impedito capacità motorie.

DATI DELL'INTESTATARIO DEL CONTRASSEGNO:

NOME E COGNOME _____,
nato/a a _____ (____), il _____,
residente in questo Comune, via _____ nr. _____,
telefono nr. _____, Codice fiscale _____,
invalido con deambulazione ridotta come da certificazione medica allegata, già in possesso del
contrassegno invalidi (nel caso di rinnovo o duplicato) nr. _____, con scadenza
_____.

VIAGRANDE, lì _____

Note:

- (1) indicare: intestatario, padre, madre, tutore, ecc
(2) allegare attestazione dell'ASP Serv. Medicina Legale;
(3) allegare attestazione dell'ASP Serv. Medicina Legale, contrassegno scaduto;
(4) allegare originale rilasciato dal medico curante attestante espressamente "**la persistenza delle condizioni
sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**";
(5) allegare copia della denuncia di smarrimento/furto redatta da un Organo di Polizia e attestazione di pagamento di

ALLEGATI:

N. 2 FOTO FORMATO TESSERA COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
IN CORSO DI VALIDITÀ DELL'INTESTATARIO e COPIA CODICE FISCALE.-

Parte riservata all'ufficio

Si rilascia contrassegno n. _____ in data _____ data scadenza _____

Incaricato _____ rilasciato al Sig. _____