

**Al Sig. Sindaco del Comune di
DI MONTESANO S/M
Settore:
Comando Polizia Municipale Locale**

OGGETTO: Domanda di rilascio/rinnovo del contrassegno per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, ai sensi del D.Lgs n. 285/1992 e del D.P.R. n. 495/1992 e ss.mm.ii.

__I__ sottoscritt_____
 nat__ a _____ il _____
 residente a _____
 in Via/fraz. _____ . N° _____
 C.F. _____ tel. _____

CHIEDE

Il rilascio/rinnovo di autorizzazione permanente /temporanea dal _____ al _____
 in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale prevista per la mobilità delle
 persone invalide, ai sensi **dell'art. 188** del Codice della Strada nonché dello speciale contrassegno
 previsto **dall'art 381** del relativo regolamento d'esecuzione e dall'art 12 del D.P.R. 24 luglio 1996,
 n. 503.

• **Elementi oggettivi che giustificano la richiesta:**

A tale scopo allega la documentazione medica prevista per legge, attestante il diritto al rilascio
 dell'autorizzazione e del contrassegno richiesti.

• **Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:**

Il/La sottoscritt__ dichiara di essere informato. Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30/06/2003
 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti
 informatici, elusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene
 resa.

**Dichiara, inoltre, di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in
 caso di dichiarazioni mendaci ai sensi art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e art.495 c.p.**

FIRMA _____

Data _____

FIRMA accompagnatore (in caso di impedimento del richiedente)

Allegati:

- *Certificato medico* (*);
- *Contrassegno scaduto di validità*

(*) Se trattasi di primo rilascio di contrassegno, occorre produrre la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale
 dell'ASL di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene
 chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

(*) Se trattasi di rinnovo, occorre produrre la certificazione medica rilasciata dal medico curante che confermi il persistere delle
 condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.