SANGUINETTO,

Al Sig. SINDACO
del Comune di
37058 – SANGUINETTO

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO / RINNOVO
del contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte (art. 188 Codice della Strada – D.Lgs. n. 285 del 30/04/1992 ed art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992).

_l _sottoscritt__ _____ nat__ il_____
a_____ e residente a _____
in via/piazza_____ n._____, telefono n. _____
in qualità di titolare di contrassegno invalidi n° _____ rilasciato dal Sindaco del Comune di _____ valevole sino al _____

CHIEDE

per conto di _____ nat__ il_____
a_____ e residente a _____
in via/piazza_____ n._____, telefono n. _____

☐ IL RILASCIO del contrassegno di cui all'oggetto per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. A tale scopo allego alla presente richiesta il Certificato rilasciato dall'ufficio Medico Legale a Commissione Medica dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso.

☐ IL RINNOVO del contrassegno di cui all'oggetto per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. A tale scopo allego alla presente richiesta il Certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che _____ è affetto da
_____
_____

e che lo stesso ha la capacità di deambulazione notevolmente ridotta.

Sanguinetto li, _____ firma _____

**********ATTENZIONE PER DELEGA AL RITIRO COMPILARE A PARTE**********

Informativa ai sensi della L. 31/12/1996 n. 675
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

NB. il certificato medico deve essere rilasciato in fase di prima autorizzazione dall'Ufficio Medico legale dell'Unità sanitaria locale di appartenenza e non dal proprio medico curante.

Note per la compilazione:

ALLEGATI:
☐ Certificato medico del distretto sanitario di appartenenza attestante l'effettiva riduzione della capacità deambulatoria;
☐ Fotocopia documento di identità
☐ Vecchio contrassegno (in caso di rinnovo)
☐ Certificato del medico curante (in caso di rinnovo)