

OGGETTO: **Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi.**  **Permanente (5 anni)**  **Temporanea**  **Rinnovo**  **Duplicato**  **Smarrimento**  **Furto**  **Deterioramento (Art. 381 del Regol. Esec. del C.d.S. e succ. mod. ed integraz.)**

Il/La sottoscritto/a ..... nato a ..... il ..... residente in questo Comune, via ..... n. .... Tel. .... C.F. .... minorato/a fisico/a con deambulazione ridotta per .....

come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e s. m. i.
- dell'art. 381 del «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610 e al D.P.R. n.151/2012 e s.m.i.;

### CHIEDE

il rilascio dello speciale contrassegno invalidi previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, e dal D.P.R. N.151/2012.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, e dal D.P.R. n.151/2012 - sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- 1) di acconsentire al trattamento dei dati personali per la fruizione dell'autorizzazione, ai sensi dell'art.13 - D.lgs. n°196/2003 ;
- 2) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 3) che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi: \_\_\_\_\_

#### ALLEGA:

- n.2 Marche da bollo per la temporanea - 1 sull'istanza 1 per il rilascio;
  - M. bollo - esente D.P.R. 26/10/72 N.642 e L. 23/12/2000 N.388 e s.m.i. (*esenzione imposta di bollo persone con difficoltà di deambulazione*);
  - copia versamento **di euro 5,00 (Cinque/00)** - conto corrente postale n. 11269982 intestato alla "Tesoreria Comunale" - causale "diritti per il rilascio contrassegno per parcheggio disabili";
  - Certificazione del medico curante che attesta la persistenza della patologia (*per rinnovo quinquennale*);
  - Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - Contrassegno deteriorato n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - Contrassegno scaduto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - Regolare denuncia  Smarrimento  Furto;
  - Documento d'identità ;  codice Fiscale;
  - n. 2 foto formato tessera ;
  - Certificazione medica rilasciata in data ..... dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale \_\_\_\_\_ competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha «la effettiva capacità di deambulazione ridotta», per \_\_\_\_\_
- Delega per il ritiro della richiesta avanzata.

### IL/LA RICHIEDENTE

Leni ,lì \_\_\_\_\_