

**Al Sindaco
Comune di**

**RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI
Art. 381, DPR 495/1992**

Il/la sottoscritto/a		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.	n°	
e-mail	Telefono	

in condizioni di disabilità con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del [DPR 445/2000](#) e informato che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#),

CHIEDE

il ☐ rilascio/☐ rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Trasmette in allegato:

- originale del certificato Servizio di medicina legale dell'USL di _____, rilasciato in data _____;
- originale certificato del medico curante in rilasciato in data _____, a conferma del persistere delle condizioni sanitarie;
- copia verbale commissione medica integrata di _____, rilasciato in data _____, integrato da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- n. 2 fotografie a colori formato tessera scattate di recente;
- contrassegno scaduto.

Il/la richiedente

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.