

**RICHIESTA DI CONTRASSEGNO SPECIALE
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI CHE TRASPORTANO INVALIDI**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
tel. n. _____ cod. fiscale nr. _____ persona con effettiva
capacità di deambulazione ridotta con:

invalidità permanente

invalidità temporanea

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

- Degli articoli 7, comma 1, lettera d) e 188 del "Nuovo Codice della Strada", emanato con D. Lgs. 30 aprile 1992 n. 285"
- 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;

CHIEDE

Il rilascio dello speciale contrassegno invalidi previsto dall'art. 381 D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 modificato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato.

In relazione all'art. 381 D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610 sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- 1) Di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 2) Che la richiesta è motivata dai seguenti motivi oggettivi:

Allegati

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:

1 foto tessera
Copia C.I.

IL/LA RICHIEDENTE