



**AL SIG. SINDACO**

Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta contrassegno invalidi.**

**DATI DELL'ASSEGNATARIO DEL CONTRASSEGNO**

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
In via _____ n _____ tel _____

**DATI DEL RAPPRESENTANTE DELL'ASSEGNATARIO**

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
Il _____ C.F. _____ residente in _____
In via _____ n _____ tel _____
In nome e per conto, oppure in quanto:
<input type="checkbox"/> genitore
<input type="checkbox"/> figlio
<input type="checkbox"/> altro _____
del/della sig/sig.ra _____ (assegnatario del contrassegno)

**CHIEDE**

Il rilascio del contrassegno invalidi ai sensi e per gli effetti del:

- DPR n.495/1992 essendo un soggetto con difficoltà di deambulazione sensibilmente ridotta
- DPR n.503/1996 essendo un soggetto non vedente.

A tal fine allega alla presente la seguente documentazione:

- Certificato rilasciato dalla ASL attestante l'esistenza delle condizioni prescritte, rilasciato ai sensi del DPR n.495/1992 e dell'art. 188 del codice della strada.
- Fotocopia del documento di identità del rappresentante
- Fotocopia del documento d'identità dell'assegnatario del contrassegno.

\_\_\_\_\_

Firma dell'assegnatario e/o del rappresentante

\_\_\_\_\_

N.B. : Si ricorda che il contrassegno è strettamente personale, non è limitato ad un veicolo solo ed ha valore su tutto il territorio nazionale. Tuttavia le facilitazioni alla sosta e alla circolazione sono consentite solo se il veicolo è condotto direttamente dall'intestatario o risulta al servizio della persona invalida. Il contrassegno ha validità per 5 anni e si può rinnovare alla scadenza presentando richiesta e certificato del medico curante in cui si attesti che persistono le condizioni che ne hanno consentito il rilascio.