MODULO DI RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………..CF……………………………………………...

Nato/a il……………… a……………………………………………………………………. …….. Prov.………………

Residente a Predore (BG) in Via………………………………………………………………Tel………….......................

CHIEDE

[ ] **IL RILASCIO** **del contrassegno** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

**A tale scopo allega:**

* Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;

oppure:

* Verbale di accertamento della Commissione Medica per l’accertamento delle invalidità civili contrassegnato dal codice 05-06-08-09;
* Copia documento d’identità del richiedente;
* Fotografia formato tessera del richiedente;

[ ] **IL RINNOVO** **del contrassegno N. CON VALIDITA’ di 5 anni** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

**A tale scopo allega:**

* Certificazione medico curante attestante “la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”;
* Contrassegno scaduto;
* Copia documento d’identità del richiedente;
* Fotografia formato tessera del richiedente;

[ ] **IL RINNOVO** **del contrassegno N. CON VALIDITA’ inferiore a 5 anni (TEMPORANEO)** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

**A tale scopo allega:**

* Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;
* Contrassegno scaduto;
* Copia documento d’identità del richiedente;
* Fotografia formato tessera del richiedente;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)