

Al Signor Sindaco del Comune di Guardialfiera

OGGETTO: Richiesta di ¹ Rilascio Rinnovo
Del Contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di
persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte
(art. 188 Codice della Strada – D.Lgs. n. 285 del 30/04/1992 ed art. 381 del relativo
Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992)



Il sottoscritt _____ nat il ____/____/____
a _____ e residente a Ferrazzano in
via/piazza _____ n° _____ recapito telefonico
_____.

chiede ¹

IL RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data
____/____/____ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale² attestante che l'
scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte¹ permanenti temporanee³
fino al ____/____/____

IL RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data
____/____/____ dal Medico Curante dott. _____
attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale
contrassegno.

¹ **Note per la compilazione**

Barrare la voce che interessa e depennare le altre;

² Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dall'Organo che ha riconosciuto l'invalidità;

³ Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato
dell'A.S.L.

Guardalfiera, li ____/____/____

firma

4

4

Per esteso e leggibile