

OGGETTO: Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per disabili

Io _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____ residente a _____ in via _____
civico n. _____ telefono _____ cellulare n. _____

chiedo

- il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili
 il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili: solo per chi ha ridotte capacità motorie permanenti
 per me stesso
 per il/la sig./sig.ra (nome e cognome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a CASTELLUCCIO DEI SAURI in via _____
in qualità di _____

A tal fine allego:

- per il rilascio del contrassegno permanente e temporaneo
 certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea oppure, in caso di invalidità permanente
 certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento
 certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)
 certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti)
 per il rinnovo del contrassegno
 certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)
 certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica (per rinnovo del contrassegno temporaneo)
 contrassegno di circolazione scaduto
 due foto formato tessera
 altra documentazione _____

Dichiaro che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

fax numero _____ indirizzo mail _____
indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) _____
recapito diverso da quello di residenza _____
CASTELLUCCIO DEI SAURI LI _____

Firma _____