

OGGETTO: Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.

**Ai sensi dell'art. 188 D.Lgs 285/92, CdS, dell'art. 381 Regol. CDS, DPR 495/92 e
L.R. 9/82**

Il/la sottoscritto/a
nato/a ail
e residente a Paspardo (BS)
via nr.
tel.

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO

- essendo nella seguente condizione:
 1. titolare di invalidità di accompagnamento per impossibilità di deambulare senza l'aiuto di accompagnatore. (codice 05).
 2. titolare di invalidità civile con indennità di accompagnamento per impossibilità a compiere gli atti della vita quotidiana, ma solo in caso di disabilità psico-intellettiva (codice 06 con indicazione della disabilità psichica, sia essa intellettiva o mentale).
 3. titolare di riconoscimenti di cecità assoluta o parziale.

- non essendo nelle condizione di cui sopra allega la certificazione rilasciata DAI MEDICI DELL'ASL (UFFICIALI SANITARI).

IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO

- allegando:
 1. il certificato del medico curante attestante la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al precedente rilascio (solo per autorizzazione precedentemente rilasciata per il periodo massimo di 5 anni).
 2. nuovo certificato dai medici dell'ASL nel caso di precedente autorizzazione a tempo determinato inferiore a 5 anni.

La richiesta è riferita a:

- sé stesso/a .
- al/alla Sig./Sig.ra..... nato/a
ail..... e residente a
..... in via nr....

(ai sensi dell'art. 33, comma 4 della legge 23.12.2000, n. 388 il rilascio del contrassegno è esente dall'imposta di bollo).

ALLEGA 1 FOTOGRAFIA RECENTE (formato fototessera)

Paspardo, _____