

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO INVALIDI

(ai sensi del D.P.R. 24 luglio 1996 n. 503 – D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ e residente a Silea in via _____

n. _____ telefono _____

chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide . A tale scopo allega :

verbale della commissione medica locale per l'accertamento dell'handicap o dell'invalidità con la dicitura “ presenta capacità di deambulazione sensibilmente ridotta “ o “ ai sensi dell'art. 381 D.P.R. 495/1992 “ (**nel caso di primo rilascio o di rinnovo permesso con validità inferiore a 5 anni**).

Certificato del medico curante che esplicitamente “ conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno “ (**solo nei casi di rinnovo di permesso con validità maggiore di 5 anni**)

Fotocopia di Documento d'identità in corso di validità

N. 2 fototessere recenti per documenti (40 mm x 33 mm, su carta di alta qualità e risoluzione)

N. 2 marche da bollo da € 16,00 (**solo in caso di permessi con validità inferiore ai 5 anni**)
delega firmata dal richiedente (in caso di ritiro da persona delegata)

Il contrassegno in oggetto deve essere firmato, alla presenza dell'agente di polizia locale, dal richiedente o dal curatore/tutore/amministratore di sostegno (nel secondo caso allegare documento d'identità e atto di nomina del tribunale) .

Silea, li _____

Firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)