

**OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO  
DISABILI.**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a .....(.....)  
il ....., residente nel Comune di..... in  
via/piazza .....N°.....Tel.....

**CHIEDE** (*barrare la/le casella/e*)

- (1)  il **RILASCIO** del contrassegno invalidi modello europeo valido per la circolazione e sosta nazionale e nei paesi esteri membri dell'U.E.  
(2)  il **RINNOVO** del contrassegno invalidi n° ..... con scadenza al ..... *che m'impegno sin d'ora a restituire al momento della consegna del nuovo contrassegno.*

**DICHIARA** (*barrare la casella*)

- di essere in possesso di patente di guida e di utilizzare principalmente in proprio l'auto;  
 di non essere in possesso di patente di guida.

**ALLEGO** alla presente

- A) n°1 fotografia formato tessera da applicare sul contrassegno;  
B) fotocopia della Carta d'Identità o documento equipollente;  
C) (1) per il rilascio di un nuovo contrassegno: copia dell'apposito Certificato di Accertamento della Commissione d'Invalidità dell'A.S.U.R. attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o abolita ai sensi del **D.P.R. 495/'92** ovvero di analogo Certificato Medico per Contrassegno Disabili dell'Ufficio Medicina Legale dell'A.S.U.R. ai sensi del **D.P.R. 503/'96**.  
(2) per il rinnovo di un contrassegno in scadenza: certificato del medico curante che dichiara che "persistono le condizioni che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno".  
(3) per il rilascio del **contrassegno** è d'obbligo allegare una fotocopia del contrassegno eventualmente già in dotazione.

Data .....

Firma

.....

Con la presente delego il/la sig./sig.ra .....  
a ritirare in mia vece quanto sopra richiesto.

Firma

.....