

OGGETTO: richiesta di

- ☐ Rilascio definitivo
☐ Rilascio temporaneo
☐ Rinnovo del contrassegno N. _____

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il _____ a _____ e residente

In Arluno (MI) via/Piazza _____ N° _____

Telefono _____ in possesso della certificazione medica che attesta

La limitata capacità di deambulazione, ai sensi del D.L. vo 30/04/1992 n. 285 e del D.P.R. 16/12/1992 n. 495
e loro successive modifiche, del/della (INDICARE LA PERSONA CHE RICEVE IL PASS)

Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ e residente in Arluno (MI)

via/Piazza _____ N _____

telefono _____

CHIEDE

Il rilascio/rinnovo del contrassegno per persone invalide come previsto dall'articolo 188 del D.L.vo
30/04/1992 n. 285 e dell'articolo 381 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495 e sue successive modifiche.

Al momento della sottoscrizione deve essere presente la persona interessata per apporre la firma sul
documento.

Arluno, li _____

In fede

ALLEGATI SUL RETRO

Da allegare:

per primo rilascio

- ☐ - Verbale Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile;
- ☐ - Certificazione Medico – Legale rilasciata dall'ATS di residenza;

per rinnovo

- ☐ - Certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio ex art. 381 Regolamento esecuzione del C.D.S.;

NB. Chi percepisce l'**indennità di** accompagnamento non deve presentare il certificato medico del medico curante, ma solo verbale della commissione medica esaminatrice ATS.

in ogni caso

- ☐ - Fotocopia Carta Identità del dichiarante /persona interessata;
- ☐ - N° 2 Fotografie formato tessera della persona interessata;
- ☐ - Per richiesta Inserimento piattaforma CUDE INDICARE:

- NUMERO DI TARGA DEL VEICOLO CHE SI UTILIZZA:

TARGA _____

- INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:

E-MAIL _____

PER SCADENZA O PERDITA DI REQUISITI IL CONTRASSEGNO VA RESTITUITO ALL'UFFICIO IN INTESTAZIONE CON APPOSITO MODULO DA RICHIEDERE AL MOMENTO DELLA RICONSEGNA.