



OGGETTO: **Richiesta di (1)** **RILASCIO** **RINNOVO**
 DUPLICATO

del contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte. (art. 188 Codice della Strada - D. Lgs 285/92 ed art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione - D.P.R. n.495 del 16.12.1992 e

succ. Modifiche.

___ Il ___ sottoscritto/a _____,
nato/a il _____ a _____, residente a
San Polo di Piave in Via/Piazza _____ n. _____,
recapito telefonico _____

C H I E D E (1)

RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data _____ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale (2) attestante che il/la scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

permanenti **temporanee (3)** **fino al** _____

RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato Medico Curante dott. _____ attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale contrassegno.

DUPLICATO

motivazione _____

San Polo di Piave, _____

FIRMA

Note per la compilazione

(1) Barrare la voce che interessa

(2) Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dall'Organo che ha riconosciuto l'invalidità;

(3) Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'A.S.L.