

Spett.le
COMUNE DI ARCONATE
Alla cortese att.ne della
Polizia Locale
Via Roma n. 42
20020 Arconate (MI)

OGGETTO: RICHIESTA/RINNOVO CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DI PERSONA INVALIDA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (____) il _____ e residente a
_____ in Via/Piazza _____ n. _____
Recapito telefonico _____

CHIEDE

- Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 D.P.R. n. 495/92) e a tal fine dichiara di essere affetto/a da patologia che determina una capacità di deambulazione ridotta (indicare validità del contrassegno):**

- TEMPORANEO** (allegare al seguente mod. marca da bollo da € 16,00.=)
- PERMANENTE**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N. 1 fotografia formato tessera

- Il rinnovo del contrassegno invalidi TEMPORANEO n. _____ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N. 1 fotografia formato tessera

- Il rinnovo del contrassegno invalidi PERMANENTE n. _____ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Certificato rilasciato dal medico curante che esplicitamente conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno invalidi
- N. 1 fotografia formato tessera

Luogo e data _____

(Firma del dichiarante)