

Protocollo	
------------	--

Spettabile Comune di Vanzaghello

Comando Polizia Locale

P.zza Pertini 2

20020 Vanzaghello

Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per disabili

Io (nome e cognome)

_____ nato/a _____ prov. _____ il _____

_____ residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

tel. n. _____ cell. _____

codice fiscale _ _ _ _ _

chiedo

NOTA: *barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa*

[] il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili

[] il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili: solo per chi ha ridotte capacità motorie permanenti

[] per me stesso/a

[] per il/la sig./sig.ra (nome e cognome)

_____ nato/a a _____ prov. _____ il _____

_____ residente a Vanzaghello in via _____

codice fiscale _ _ _ _ _

in qualità di _____

A tal fine **allego**:

[] una foto formato tessera del titolare del contrassegno

[] copia del documento di identità in corso di validità

[] contrassegno di circolazione scaduto

[_] certificazione medica come di seguito indicata:

- per il **rilascio** del contrassegno permanente e temporaneo

[_] certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea

oppure, in caso di **invalidità permanente**

[_] certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento

[_] certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)

[_] certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti)

- per il **rinnovo del contrassegno**

[_] certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente) e copia ultimo certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento e/o certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)

[_] certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica (per rinnovo del contrassegno temporaneo)

Vanzaghello _____

Firma _____