**Al Signor Sindaco**

**Del Comune di Atzara**

**Oggetto: Richiesta contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone disabili**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dichiarante, tutore, genitore, figlio)

Chiede alla S.V. che venga rilasciato il contrassegno di cui all’oggetto, ai sensi dell’art. 188 C. d. S., al D.

Lgs 503/1996 e all’art. 381 del Regolamento di Esecuzione del C.d. S.

Per

* Nuovo Rilascio
* Rinnovo

A nome di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via / P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico / cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali a carico di chi rilascia dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

* Che l’avente diritto è nello stato di cui all’articolo 381 del Regolamento di esecuzione del C.d.S. e ha capacità deambulatoria impedita o sensibilmente ridotta;
* Che lo stato che da diritto al rilascio dello speciale contrassegno è:
* PERMANENTE
* TEMPORANEO dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega:

1. PER LE NUOVE AUTORIZZAZIONI

* Certificazione rilasciata dall’Ufficio Medico Legale dell’Azienda Sanitaria Locale (Ufficiale Sanitario o Commissione Medica), dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
* Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante (e dell’interessato in caso di minore o persona sotto tutela).

1. PER IL RINNOVO

* Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell’autorizzazione.
* Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante (e dell’interessato in caso di minore o persona sotto tutela).

Atzara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il richiedente