 Al Sindaco del Comune di

Monte San Biagio (LT)

OGGETTO: richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli che trasportano persone diversamente abili.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in questo Comune in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avente deambulazione ridotta, come attestato con la documentazione medica allegata in relazione combinato disposto dagli artt:

* 5 e 6 del D.P.R. 27 aprile 1978 n. 384;
* 7, comma 1, lett) e 188 del Nuovo Codice della Strada, emanato con D. Lvo 30 aprile 1992, n.285;
* Dell’art.188 del regolamento di Esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada.

CHIEDE IL: 󠅪 󠅪

󠅪 RILASCIO 󠅪󠅪 RINNOVO

(Barrare la voce richiesta)

Dello speciale contrassegno previsto dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384, come approvato con l’art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all’uopo individuati da Codesto Comune, con il veicolo dello stesso utilizzato. Come prescritto dall’art.381 comma 3 del Regolamento n.495/1992, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA

1 di confermare i propri dati personali

2che la richiesta è motivata da elementi oggettivi

Allega:

IN CASO DI RILASCIO DI NUOVO PERMESSO:

Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a norma e per effetti dell’art. 6 del D.P.R. 24.04.1978, n.384 dall’Ufficio di Igiene della competente Azienda Sanitaria Locale, dalla quale risulta che il richiedente ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN CASO DI RINNOVO

Certificazione rilasciata dal medico curante in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del permesso scaduto.

Monte San Biagio,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_