

ALLA POLIZIA LOCALE
DA CONSEGNARE PRESSO
UFFICIO PROTOCOLLO
VIA CICERONE N. 25
00058 – SANTA MARINELLA (RM)

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O DI RINNOVO DI CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE CON DISABILITA'.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in questo Comune in Via

tel. Codice Fiscale

in qualità di (in caso di richiesta a favore di un minore)

con deambulazione sensibilmente ridotta come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 5 e 6 della legge 27 aprile 1978, n. 384;
- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del “Nuovo Codice della Strada”, emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- dell’art. 381 del “Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada”, emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495;

CHIEDE

PRIMO RILASCIO (nuovo contrassegno), a tal fine si ALLEGA:

- ✓ Copia del verbale del **Centro Medico Legale INPS – Commissione Medica per l’accertamento dell’invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità** – di cui all’art. 20 comma 1 della Legge 03/08/2009 n. 102 e art. 18 comma 22 della Legge 15/07/2011 n. 111, che riporti l’esistenza dei requisiti sanitari necessari di cui all’art. 4 del D.L. 09/02/2012 n. 5 per la richiesta di rilascio del contrassegno per persone con disabilità di cui all’ art. 381 del D.P.R. n. 495/1992 e successive modificazioni (invalido con deambulazione sensibilmente ridotta), oppure originale della certificazione medica rilasciata dall’ **Ufficio Medico Legale dell’ ASL di appartenenza**, riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata;
- ✓ Copia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità **della persona con disabilità**;
- ✓ N. 02 (due) foto tessera a colori uguali e recenti della persona con disabilità.

□ **RINNOVO, contrassegno n.** **a tal fine si ALLEGA:**

- ✓ Certificato del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno (se trattasi di invalidità permanente);
- ✓ **Copia del verbale del Centro Medico Legale INPS – Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità – di cui all'art. 20 comma 1 della Legge 03/08/2009 n. 102 e art. 18 comma 22 della Legge 15/07/2011 n. 111, che riporti l'esistenza dei requisiti sanitari necessari di cui all'art. 4 del D.L. 09/02/2012 n. 5 per la richiesta di rilascio del contrassegno per persone con disabilità di cui all' art. 381 del D.P.R. n. 495/1992 e successive modificazioni (invalido con deambulazione sensibilmente ridotta), oppure originale della certificazione medica rilasciata dall' Ufficio Medico Legale dell' ASL di appartenenza, riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata, (se trattasi di invalidità temporanea);**
- ✓ Copia della denuncia di smarrimento/furto **(se trattasi di duplicato);**
- ✓ Copia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità **della persona con disabilità;**
- ✓ N. 02 foto tessera a colori recenti **della persona con disabilità.**

Santa Marinella,

IL/LA RICHIEDENTE