



Al Responsabile del Comando di Polizia Locale

20010 POGLIANO MILANESE

OGGETTO: Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli che trasportano invalidi.

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ in data ___/___/___ residente in questo Comune in via _____
telefono _____ in qualità di (genitore/altro) _____,

CHIEDE il RILASCIO ----- RINNOVO/SOSTITUZIONE del permesso n° _____
(Barrare la voce richiesta)

PER: _____

nato a _____ in data ___/___/___
residente in questo Comune in via _____ cod. fiscale _____

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

- 5 e 6 della legge 27 aprile 1978, n. 384;
- 7, comma 1, lett. d) e 188 del Nuovo C.d.S. emanato con D. Lvo 30 aprile 1992, n. 285;
- dell'art. 188 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada, emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495;

dello speciale contrassegno previsto degli 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 dallo 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
2. che la richiesta è motivata da elementi oggettivi

ALLEGA: (Barrare la voce esatta)

n° 2 fotografie formato tessera

IN CASO DI RILASCIO DI NUOVO PERMESSO

- Certificazione medica temporanea rilasciata da ASL-Ufficio Igiene con validità sino al _____ ;
- Certificazione medica permanente rilasciata da ASL-Ufficio Igiene;
- Certificazione di invalidità rilasciata dalla Regione Lombardia per le categorie 05, 06, 07, 08, 09.

IN CASO DI RINNOVO DI PERMESSO RILASCIATO SU CERTIFICAZIONE PERMANENTE

- Certificato del medico curante che attesti la permanenza delle patologie che hanno determinato il rilascio
- Certificazione di invalidità rilasciata dalla Regione Lombardia per le categorie 05, 06, 07, 08, 09.

IN CASO DI RINNOVO DI PERMESSO RILASCIATO SU CERTIFICAZIONE TEMPORANEA

- Certificazione medica temporanea rilasciata dall' ASL che attesti la difficoltà alla deambulazione.

Pogliano Milanese, ___ / ___ / _____

Il richiedente
