

MODULO DI RICHIESTA

RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

Il/la sottoscritto/a

Cognome* _____ Nome* _____ C.F.* _____

Nato/a il* _____ a* _____ Prov.* _____

Residente a Sant'Angelo Lodigiano in Via* _____

N° telefono richiedente* _____

N° tel. di un familiare o persona di riferimento* _____

Indirizzo email _____

CHIEDE

IL **RILASCIO** del contrassegno IL **RINNOVO** del contrassegno N. _____

Si allegano alla presente:

- Certificato Medico Legale in cui si attesti la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art.381 DPR 495/92) rilasciato dalla ATS oppure verbale invalidità civile in cui risulti l'indennità di accompagnamento (L.508/88) sia per impossibilità a deambulare che per impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita per disabilità riguardanti la sfera psico-intellettiva, o la cecità assoluta o parziale (virus non correggibile uguale o minore di 1/20), oppure in caso di rinnovo certificazione del medico curante attestante "la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Copia documento d'identità del richiedente o nel caso di persona delegata, una delega in carta semplice;
- N°2 fotografie recenti formato tessera del richiedente;
- Contrassegno scaduto in caso di rinnovo;
- Copia versamento di € 10,00 su bollettino PagoPa richiedibile al Comando di Polizia Locale o compilabile sul sito del Comune di Sant'Angelo Lodigiano alla sezione Servizi -PagoPa - pagamento spontaneo – TESSERINI DISABILI.

Data* _____

firma del richiedente* _____

*i campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori