

Al Comune di Dovera  
Settore Polizia Locale  
(tramite ufficio protocollo)

**MODULO PER LA RICHIESTA CONTRASSEGNO DISABILI FORMATO EUROPEO**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Per conto del Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente a Dovera, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone disabili ( art. 381 del DPR 495/92: cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta)

A tale scopo allega:

- Documentazione originale rilasciata dall'Azienda Sanitaria o da INPS, con certificato di accertamento dell'handicap :
- copia Carta identità
- 2 Foto tessere

Il rinnovo del contrassegno n. .... con validità inferiore a 5 anni

A tale scopo allega:

- I documenti di cui al punto precedente
- il contrassegno scaduto

Il rinnovo del contrassegno n. .... con validità di 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal Medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno
- copia Carta identità
- 2 Foto tessera
- Contrassegno scaduto

Nel contempo delega, al ritiro del contrassegno, il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_