

RICHIESTA DEL CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO DISABILI

Il/La Sottoscritto/a ..... in qualità di .....  
per conto del Sig./Sig.ra .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a Trezano in Via ..... n. ....

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'ATS di Brescia o dall'INPS, con certificato di accertamento dell'Handicap;
- Copia documento d'Identità/Copia Codice Fiscale;
- N. 1 fototesera.

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.
- Contrassegno scaduto;
- N. 1 fototesera.

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

A tale scopo allega:

- Documentazione originale rilasciata dal medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno.
- Contrassegno scaduto;
- N. 1 fototesera.

Trezano, li .....

Firma

.....