

**UFFICIO PROTOCOLLO**

ALL'ATTENZIONE RESPONSABILE

DELL'UFFICIO POLIZIA LOCALE

DEL COMUNE DI ANGOLO TERME

[protocollo@pec.comune.angolo-terme.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.angolo-terme.bs.it)

**RICHIESTA "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"**

Art. 381, D.P.R. 16/12/1992, N. 445 e art. 12 del D.P.R. 27/07/1996, N. 503

Il/La sottoscritto/a	<input type="text"/>	n° cellulare	<input type="text"/>
nato/a a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
residente a	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
documento	<input type="text"/>	numero	<input type="text"/>

**CHIEDE**

<input type="checkbox"/> <b>IL RILASCIO</b> <input type="checkbox"/> <b>IL RINNOVO</b>	DELL'AUTORIZZAZIONE IN DEROGA, PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA, O SENSIBILMENTE RIDOTTA E DEL RELATIVO CONTRASSEGNO INVALIDI DENOMINATO: " <b><u>CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI</u></b> "
---	---

**A tal fine, allega:**

- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza (in caso di primo rilascio) **riferimento all'art. 381 del DPR 495/1992** o certificazione del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (in caso di rinnovo) o certificato medico per soggetti con effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta indicante il periodo di presunta durata dell'invalidità;
- Copia della carta d'identità o documento equipollente;
- Nr. 2 fotografie formato tessera a colori su sfondo bianco.

Angolo Terme, li \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_