

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione per il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone disabili – in scadenza o scaduto.

(riportare in stampatello i dati)

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Codice fiscale _____

C H I E D E

IL RINNOVO del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dell'autoveicolo al proprio servizio, ai sensi del DPR n. 495/92 **in scadenza o scaduto il** _____ a tale scopo

ALLEGA:

(barrare la certificazione relativa alla propria situazione)

Certificato **originale** rilasciato dal Medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno (**solo se il contrassegno in scadenza è stato rilasciato per 5 anni**);

ovvero

Certificato INPS – Commissione Medica Superiore, disabile permanente con esonero da future visite di revisione in applicazione del DM 02/08/2007;

ovvero

Certificato dell'Ufficio Medico Legale Azienda USL **in originale** attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;

- 1 foto formato tessera a colori;
- Copia documento d'identità.

DICHIARA di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs.196/2003 sarà effettuato per soli fini istituzionali e nei limiti di legge.

Data _____

Firma del richiedente (disabile o tutore/curatore)

PER IL RITIRO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE ALLEGARE ANCHE:

- Copia documento d'identità del delegato.

Firma del delegato _____