

**Richiesta rinnovo contrassegno di circolazione e sosta per persone diversamente abili.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rinnovo dello speciale contrassegno di cui all'articolo 381 del D.P.R. 16 Dicembre 1992 n. 495,

numero \_\_\_\_\_ a nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

residente a Lacchiarella, Via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Si allega la seguente certificazione

Tipologia limitazione / invalidità	Tipologia certificazione da presentare
Invalidi civili con invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento	Verbale commissione per l'accertamento della invalidità civile
Non vedenti	Verbale commissione per l'accertamento della invalidità
Riduzione capacità di deambulazione permanente, non comportante invalidità civile ed indennità di accompagnamento	Certificazione medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
Riduzione capacità di deambulare temporanea	Certificazione medico-legale, rilasciata dall'ASL di residenza

Distinti saluti.

Lacchiarella, \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_