

OGGETTO: richiesta contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.

Il/la sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
residente in Questo Comune in Via _____
numero telefonico _____ / cell. _____

CHIEDE

il rilascio **il rinnovo della conc. N°.....** **il duplicato**
dell'apposito "Contrassegno Invalidi" previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n° 495.
Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai
sensi del codice penale,

DICHIARA

di essere in possesso di patente di guida categoria _____
n. _____ rilasciata il _____ da _____
 di trovarsi nelle condizioni di trasportato.

DICHIARA ALTRESI'

Di essere a conoscenza che il contrassegno:

- è strettamente personale
- deve essere utilizzato solo se il veicolo è a servizio dell'invalido
- **non può essere plastificato**
- può essere usato **solo in originale** e non mediante riproduzione di qualsiasi natura
- che per l' eventuale rilascio di duplicato, in caso di smarrimento o di furto, deve essere presentata la relativa denuncia
- dovrà essere restituito al momento della scadenza della validità.

Allega alla presente:

- attestazione rilasciata dall'Azienda A.S.L. RMH – Certificato medico legale;
- certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno
- denuncia di smarrimento.
-

Ai sensi della D.Lgs 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili.

Data _____ Firma _____

RITIRO

Il contrassegno di circolazione e sosta per invalidi n° _____ rilasciato il _____ con
validità fino al _____ è stato ritirato:

- dal richiedente
- da _____ in qualità di _____

Data _____ Firma _____

ERAMUS-MODULISTICA

