

**Al Sindaco  
del Comune di  
28019 SUNO**

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (articolo 381 del d.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel . \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 445/2000)

**CHIEDE**

Il rilascio/rinnovo/duplicato dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 (così come modificato dal DPR 151 del 30 Luglio 2012), specificando che si tratta di:

- Primo **RILASCIO** del contrassegno (validità anni cinque)
- RILASCIO** del contrassegno TEMPORANEO (validità inferiore ad anni cinque)
- RINNOVO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- RINNOVO** del contrassegno TEMPORANEO n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- DUPLICATO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per  smarrimento  
 deterioramento

a favore di :

- sé medesimo
- In qualità di  Esercente la patria potestà del minore  Tutore  Altro \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

**ALLEGATI OBBLIGATORI:**

- N. 2 FOTO recenti del disabile, formato tessera (a viso scoperto e senza occhiali)
- Carta d'identità valida del richiedente e del delegato
- Per richieste di 1° RILASCIO, 1° RILASCIO TEMPORANEO e RINNOVO TEMPORANEO: certificazione medica – rilasciata dall' ASL – Medicina Legale di appartenenza – per concessione contrassegno di circolazione e sosta ai soggetti invalidi
- Per richiesta di RINNOVO (non temporaneo) : CERTIFICAZIONE rilasciata dal medico curante che confermi il persistere, nel soggetto interessato, delle condizioni sanitarie di una sensibile riduzione della capacità di deambulazione autonoma che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno
- Per richiesta RINNOVO: Restituzione **ORIGINALE** contrassegno scaduto e relativa autorizzazione

- ❑ PER RICHIESTE DI DUPLICATO: denuncia di smarrimento alle Forze di Polizia oppure contrassegno in originale, se deteriorato o illeggibile
- ❑ N. 2 MARCHE DA BOLLO da € 16,00 solo per le AUTORIZZAZIONI TEMPORANEE (rilascio o rinnovo)

Suno, \_\_\_\_\_

Il Titolare o suo genitore/tutore

\_\_\_\_\_

**Solo per la Polizia Locale**

Il sottoscritto Operatore P.L. \_\_\_\_\_ dichiara che il richiedente è impossibilitato a firmare

L'operatore P.L.

\_\_\_\_\_