



**Al SERVIZIO VIGILANZA  
DEL COMUNE DI SERRA RICCO'**

Prot. n. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta di rilascio / rinnovo contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in questo Comune, in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ con deambulazione ridotta  
per \_\_\_\_\_

Come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del < Nuovo Codice della Strada >, emanato con D. Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- dell'art.381 del < Regolamento di esecuzione e attuazione del Nuovo Codice della Strada >, emanato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610;

**CHIEDE**

Il rilascio/rinnovo dello speciale contrassegno invalidi dell'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

- 1) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 2) che la richiesta è motivata dai seguenti obiettivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dell'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il sottoscritto ha < la effettiva capacità di deambulazione ridotta >, per:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Serra Riccò li, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_