

Al Signor Sindaco del Comune di  
**SALGAREDA**

OGGETTO: Richiesta di <sup>1</sup>  Rilascio  Rinnovo  
Del Contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di  
persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte  
(art. 188 Codice della Strada – D.Lgs. n. 285 del 30/04/1992 ed art. 381 del relativo  
Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992)



l' sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente a Salgareda in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico  
\_\_\_\_\_.

**chiede <sup>1</sup>**

IL RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale<sup>2</sup> attestante che l'  
scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte<sup>1</sup>  permanenti  temporanee<sup>3</sup>  
fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal Medico Curante dott. \_\_\_\_\_  
attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale  
contrassegno.

Salgareda, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_<sup>4</sup>

**Note per la compilazione**

<sup>1</sup> Barrare la voce che interessa e depennare le altre;

<sup>2</sup> Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dall'Organo che ha riconosciuto l'invalidità;

<sup>3</sup> Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'A.S.L.

<sup>4</sup> Per esteso e leggibile