

VISTO ARRIVARE

PROTOCOLLO

AL COMUNE DI POMEZIA  
CORPO DI POLIZIA LOCALE  
PIAZZA INDIPENDENZA, 26  
00071 – POMEZIA - RM

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....)

Il ...../...../....., residente in **POMEZIA CAP 00071** Via/P.za ..... N.....

Tel./Cell. ...., E-Mail: .....

**CHIEDE**

- Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide**

(DPR 495/92 e 503/96 e successive modificazioni: cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta").

A tale scopo si allega:

1. **Certificato** medico Originale rilasciato dall'Ufficio **Medico Legale ASL RM / H** riportante la durata del permesso
2. Copia del documento d'identità in corso di validità.
3. **Due foto recenti** (non oltre sei mesi) formato tessera in busta chiusa.

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità **INFERIORE** a 5 anni.**

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto.

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni, con certificato medico, su nostro modulo (Mod. 4), rilasciato dal medico di famiglia.**

A tale scopo allega:

1. **Certificato** originale rilasciato dal **medico curante** che esplicitamente conferma il "**Persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**"
2. Copia del documento d'identità in corso di validità.
3. Contrassegno scaduto.
4. **Due foto recenti** (non oltre sei mesi) formato tessera in busta chiusa.

- Chiede duplicato causa furto o smarrimento del contrassegno n. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_**

A tale scopo allega Copia della Denuncia di smarrimento o furto

**Consapevole che, il rilascio del contrassegno è soggetto al pagamento di € 6,00 per i diritti d'istruttoria di cui all'art. 381 com. 2 del Regolamento CdS.**

Pomezia, li \_\_\_\_\_

**Firma**

Richiedente / Tutore / Curatore / Amministratore Di Sostegno

