

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente in Pomezia _____ tel. _____
via/piazza *numero civico*

- 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 allega:

- 1 – Certificato medico in originale rilasciato dall'Ufficio Medico Legale A.S.L. RM/H, con durata del permesso
- 2 – Copia documento d'identità in corso di validità

- 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**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**". Non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identità in corso di validità
- Contrassegno scaduto

- **in caso di richiesta di duplicato allegare copia della denuncia di smarrimento o di furto**

Pomezia, _____

data

firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

parte riservata all'ufficio

Istruttoria

- Numero del nuovo contrassegno _____ del _____ scadenza _____
- Certificato Medico Legale ASL RM/H validità anni _____
- Certificato medico di famiglia per rinnovo con scadenza quinquennale
- Denuncia di furto o smarrimento del contrassegno n° _____ scadenza _____

Responsabile del procedimento _____ data _____