



**CORPO INTERCOMUNALE DI POLIZIA LOCALE
PREGANZIOL E CASIER
PROVINCIA DI TREVISO**



Via Dese n. 2 – 31022 Preganziol (TV) – Tel. 0422/633169 – Fax 0422/630442
email: polizialocale@comune.preganziol.tv.it
pec: polizialocale.comune.preganziolcasier.tv@pecveneto.it

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI UTILIZZATI DA PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA (Art. 381 Del Regolamento d' Esecuzione ed Attuazione del D.P.R. 495/1992)

Il signor/ra _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____

tel. _____

persona invalida con capacità di deambulazione:

- totalmente impedita
- temporaneamente impedita

CHIEDE

ai sensi dell'art.381 del Regolamento d'Esecuzione ed Attuazione del D.P.R. 495/1992:

- il rilascio**
- il rinnovo**
- la sostituzione**

dell'autorizzazione prevista per le persone invalide e del relativo "contrassegno di parcheggio disabili" conforme al modello previsto dalla Raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione Europea del 4.6.1998.

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000, sotto la propria responsabilità i seguenti dati personali ed elementi oggettivi che giustificano la richiesta:

A supporto dell'istanza allega:

- certificazione medica rilasciata dall'ufficio del medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale (*U.L.S.S. n. 2 – Distretto Sanitario di Preganziol tel. 0422-631311*), dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettivamente capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (*nel caso di nuova autorizzazione*)
- certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (*nel caso di rinnovo di autorizzazione quinquennale*)
- n. 2 marche da bollo da € 16 (*per la domanda e per l'autorizzazione*) solo se il certificato medico ha validità temporanea
- n. 1 fototessera

Casier, li _____ Firma _____