

AL SIGNOR SINDACO  
DEL COMUNE DI I S C H I A

**OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi – previsto dal D.P.R. 16/12/1992 N 495 e D.P.R. 503/96 - ai sensi dell'art. 381, comma 3 del Regolamento di esecuzione Codice della Strada – art. 188 del C.d.S. , DL 09.02.2012 n 5 e succ. modifiche**

\_\_\_\_|\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ -

**CHIEDE**

1° rilascio       rinnovo       duplicato

del contrassegno previsto dal D.P.R. 16/12/1992 N 495 E D.P.R. 503/96 e succ. modifiche e integrazioni, per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio di persone con ridotta capacità di deambulazione.

La richiesta è fatta :

per se stesso / per minore o interdetto Sig. \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità civile e penale cui si va incontro in caso di dichiarazione mendace.

**DICHIARA**

- 1) che la persona per cui è richiesto il permesso è residente nel Comune di Ischia alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- 2) che la persona per cui è richiesta la presente non è in possesso di altra analoga autorizzazione rilasciata da questo o da altro Ente (oppure) di consegnare ogni analoga concessione già in suo possesso.
- 3) che la persona per cui è richiesta la presente non ha in corso provvedimenti di sospensione a seguito di ritiro da parte della P.M. di analoga concessione.

**ALLEGA**

- 1) certificazione rilasciata dal settore di Medicina Legale del Distretto Sanitario territoriale competente. (per i casi di rinnovo)
- 2) Contrassegno per la circolazione e sosta a servizio delle persone invalide con ridotta capacità di deambulazione già in possesso n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- 3) Ai sensi del D:L: 09.02.12 n 5, copia del verbale della commissione medica integrata da cui risulta la ridotta capacità motoria e, in merito, dichiara consapevole delle responsabilità civili e penali cui si va incontro in caso di dichiarazione mendace, che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato**

**oppure**

- 4) certificato del medico curante attestante la persistenza dello stato invalidante di cui alla certificazione della Medicina Legale del \_\_\_\_\_  
Ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla presente richiesta il richiedente autorizza il trattamento dei dati qui contenuti (ai sensi dell'art 11 Legge 675/96) anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

**DELEGA**

Per il completamento della presente pratica, il sig: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e res in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ doc  
riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Allega proprio doc di identità tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_  
(documento del richiedente)

Ischia, \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato valido anche come delega)