

ALL'UFFICIO DI POLIZIA LOCALE  
DEL COMUNE DI  
Tresnuraghes(OR)

OGGETTO: **Richiesta di Rinnovo contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli che trasportano invalidi.**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in questo Comune, VIA  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ..... Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ minorato/a fisico/a con deambulazione ridotta per  
\_\_\_\_\_, come risulta dalla  
documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- dell'art. 381 «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610;

**CHIEDE**

Il rilascio dello speciale contrassegno invalidi previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- 1) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 2) che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:

INVALIDITA' PER MARCATA RIDUZIONE DELLA CAPACITA' A DEAMBULARE

**ALLEGA:**

Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha «la effettiva capacità di deambulazione ridotta», per:

Tresnuraghes, // \_\_\_\_\_

**IL/LA RICHIEDENTE**

.....