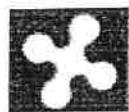




Via Valle, 4  
27010 Valle Salimbene  
e-mail: [staff@vallesalimbene.org](mailto:staff@vallesalimbene.org)  
PEC [staff@pec.vallesalimbene.org](mailto:staff@pec.vallesalimbene.org)

Tel. 0382485036  
Fax. 0382587081  
C.F.00466530185



## POLIZIA LOCALE

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione temporaneo e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**

(articolo 381 del d.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
CF \_\_\_\_\_ residente a  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, a favore di :

sé medesimo  
 In qualità di  Esercente la patria potestà del minore  Tutor<sup>1</sup>  Altro<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

per nome e per conto<sup>3</sup> di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci<sup>4</sup>, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

aggravata, dalla quale risulta che nella Visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l' autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12,c.3 D.P.R 503/96)

**Verbale della commissione medica ASL** (barrata casella 05 o casella 14 del verbale)

**Commissione Medica di verifica del Ministero del Tesoro:**

- barrato punto 05 oppure
- punto 12 e casella con la voce "incapacità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" entrambi contemporaneamente barrati;

**Legge 104/92:** nel verbale deve essere barrata la casella alla voce "l'interessato presente grave limitazione permanente della capacità di deambulazione"

**Verbale INPS:** con giudizio "incapacità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore"

**SOLO IN CASO DI RINNOVO PER I CONTRASSEGNI CON VALIDITA' ALMENO QUINQUENNALE:**

Certificazione rilasciata dal proprio medico curante dalla quale si evinca la prosecuzione della patologia.

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

N. 2 foto a colori formato tessera

---

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessità che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche:

1) \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il Titolare o suo genitore/tutore