

Oggetto: Richiesta rilascio autorizzazione alla circolazione e sosta di veicolo al servizio di persona invalida – Art 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) residente a _____

Via _____ civ. _____ tel. _____ nella qualità di:

Titolare **Esercente Responsabilità genitoriale/ Tutore/ Amministratore di sostegno**

del Sig./ra: _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ civ. _____

(Allegare Documento di identità e Atto di nomina del Tribunale)

CHIEDE

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE

in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalide, ai sensi dell'art. 188 del D.Lgs 285/92 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dello speciale contrassegno previsto dall'art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione e dall'art. 12 del DPR 24 Luglio 1966, n° 503. Allo scopo, allega:

- 1) Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria locale di appartenenza o verbale Commissione medica INPS (Art. 381 DPR 495/1992), dai quali risulti che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva **capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**;
- 2) N° 2 foto formato tessera recenti (massimo sei mesi);
- 3) Copia Carta d'identità in corso di validità;
- 4) Versamento di € 10,00 per diritti di segreteria e istruzione pratica *

IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

a) Se in possesso di Certificazione medico-legale PERMANENTE si allega:

- 1) Certificazione del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno;
- 2) Precedente contrassegno se scaduto n° _____ oppure copia contrassegno se ancora in corso di validità;
- 3) N° 2 foto formato tessera recenti (massimo sei mesi);
- 4) Copia Carta d'identità in corso di validità;
- 5) Versamento di € 10,00 per diritti di segreteria e istruzione pratica *

b) Se in possesso di Certificazione medico-legale TEMPORANEA si allega:

- 1) Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria locale di appartenenza o verbale Commissione medica INPS (Art. 381 DPR 495/1992), dai quali risulti che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva **capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**;
- 2) Precedente contrassegno se scaduto n° _____ oppure copia contrassegno se ancora in corso di validità;
- 3) N° 2 foto formato tessera recenti (massimo sei mesi);
- 4) Copia Carta d'identità in corso di validità
- 5) Versamento di € 10,00 per diritti di segreteria e istruzione pratica *

IL DUPLICATO DELL'AUTORIZZAZIONE n° _____ del _____

a) **per SMARRIMENTO** b) **per FURTO** c) **per DETERIORAMENTO** Allo scopo, allega:

- 1) Denuncia di Smarrimento/o Furto/ o Deterioramento;
- 2) N° 1 foto formato tessera
- 3) Versamento di € 10,00 per diritti di segreteria e istruzione pratica *

DICHIARA

di acconsentire al trattamento dei dati personali ai fini del procedimento amministrativo per il rilascio dell'autorizzazione e del contrassegno disabili (art. 13 del D.Lgs n° 196/2003)

IL/LA RICHIEDENTE
