

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI DECIMOMANNU

RICHIESTA DI RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI
AL SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE RIDOTTA.

(Art. 188 D. Lgs 30/04/1992, n. 285 Codice della Strada ed Art. 381 D.P.R. 16/12/1992 n. 495 Regolamento di esecuzione)
Legge – Quadro per l'Assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate art. 4 legge 05/02/1992 n. 104

Il sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a Decimomannu Via _____

Tel. _____

(Da compilare solo in caso di persone sottoposte a patria potestà o tutela, in tal caso allegare copia dell'atto di nomina)

in nome e per conto del Sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a

Decimomannu in Via _____ n. _____;

CHIEDE

- Il **RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE PERMANENTE** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, previsto dal D.P.R. n. 384 del 27.04.1978 e D.P.R. N. 151 del 30.07.2012 ed in base all'art. 381 del Regolamento di attuazione del C.d.S.; ***allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale territorialmente competente o verbale della Commissione Medica riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili** dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione impedita (che non deve essere inferiore ai cinque anni);
-
- Il **RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE TEMPORANEA** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, previsto dal D.P.R. n. 384 del 27.04.1978 e D.P.R. N. 151 del 30.07.2012 ed in base all'art. 381 del Regolamento di attuazione del C.d.S.; ***allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale territorialmente competente o verbale della Commissione Medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili** dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta e la durata presunta di tale invalidità (che può essere pari o inferiore a cinque anni).

A tale scopo allega:

1. ***Documentazione rilasciata da parte dell'ufficio medico-legale dell'Azienda A.S.L. 8 di Cagliari o verbale della Commissione Medica riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili**
2. **Fotocopia del documento di identità**
3. **N. 1 fotografia formato tessera**
4. **N. 2 marche da bollo da € 16,00 (solo per autorizzazione temporanea)**

Data _____

Dichiarante _____

ALL'ATTO DEL RITIRO

Decimomannu, _____

Firma per ricevuta _____

N.B. In caso di ritiro da persona delegata, allegare delega firmata dal richiedente e documento d'identità del delegato