

**Domanda rilascio autorizzazione per circolazione e sosta dei veicoli
al servizio di persone invalide**

*art. 188 D.L.vo n° 285 del 30/04/92 "Nuovo codice della strada" e conforme al modello previsto dalla
raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998 recepita con Decreto
del Presidente della Repubblica 30 luglio 2012, n. 151*

**AL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO
DI POLIZIA LOCALE
DI COLOGNO AL SERIO**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
residente a _____ in via _____ n. _____
telefono _____. in qualità di (*) _____

C H I E D E

- Nell'interesse dello stesso/a;
- Nell'interesse del sig. _____ nato a _____
_____ il _____, residente in Cologno al Serio
in via _____ n. _____ telefono _____
- Il **rilascio** dell'autorizzazione, *valida a tempo indeterminato e soggetta a rinnovo quinquennale
allegando il verbale di accertamento dell'invalidità rilasciato dall'A.S.L. di competenza e riportante
la dichiarazione che "(...) sussistono i requisiti sanitari necessari per il rilascio del "contrassegno
invalidi per la circolazione e la sosta (...)"* e n. 1 fototessera dell'interessato;
- Il **rinnovo** dell'autorizzazione *valida a tempo indeterminato e soggetta a rinnovo quinquennale,*
allegando il certificato del medico di base *che confermi il persistere delle condizioni sanitarie in essere
al momento del rilascio e n. 1 fototessera dell'interessato;*
- Il **rilascio** di autorizzazione *temporanea,* allegando *la certificazione medica rilasciata dall'Ufficio
Medico Legale dell'ASL di _____, n. 1 fototessera dell'interessato e n. 2
marche da bollo da € 16,00*;*
- Il **uplicato** del contrassegno invalidi n. _____ rilasciato in data _____
a seguito di smarrimento furto deterioramento allegando *n. 1 fototessera
dell'interessato e,* nel caso di smarrimento o furto, la relativa denuncia.

(*)titolare / familiare / tutore / curatore

*** AI SENSI DELL'ART. 13 BIS DELL'ALLEGATO B – TABELLA – DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA
REPUBBLICA 26 OTTOBRE 1972, N. 642 RELATIVO ALL'ESENZIONE DALL'IMPOSTA DI BOLLO PER I SOLI
SOGGETTI LA CUI INVALIDITÀ COMPORTI RIDOTTE O IMPEDITE CAPACITÀ MOTORIE PERMANENTI.**

Data _____

(firma del richiedente)