AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI

**BERZO DEMO**

OGGETTO: **Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.**

**Ai sensi dell’art. 188 D.Lgs 285/92, CdS, dell’art. 381 Regol. CDS, DPR 495/92 e**

**L.R. 9/82**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………………………………….il …………………………

e residente a BERZO DEMO (BS)

via ………………………………………………………………………………… nr. ………………………..

tel. ………………………………………

# CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO

* essendo nella seguente condizione:

1. titolare di invalidità di accompagnamento per impossibilità di deambulare senza l’aiuto di accompagnatore. (codice 05).
2. titolare di invalidità civile con indennità di accompagnamento per impossibilità a compiere gli atti della vita quotidiana, ma solo in caso di disabilità psico-intellettiva (codice 06 con indicazione della disabilità psichica, sia essa intellettiva o mentale).
3. titolare di riconoscimenti di cecità assoluta o parziale.

* non essendo nelle condizione di cui sopra allega la certificazione rilasciata DAI MEDICI

DELL’ASL (UFFICIALI SANITARI).

IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO

* allegando:

1. il certificato del medico curante attestante la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al precedente rilascio (solo per autorizzazione precedentemente rilasciata per il periodo massimo di 5 anni).
2. nuovo certificato dai medici dell’ASL nel caso di precedente autorizzazione a tempo determinato inferiore a 5 anni.

La richiesta è riferita a:

sé stesso/a .

al/alla Sig./Sig.ra ………………………….………………………………………………………… nato/a a ………………………………………….………….………………..il …………………………e residente a ………………..…………….……………… in via ………………………………………………………nr….

(ai sensi dellart. 33, comma 4 della legge 23.12.2000, n. 388 il rilascio del contrassegno è esente dall’imposta di bollo).

**ALLEGA 1 FOTOGRAFIA RECENTE (formato fototessera)**

Berzo Demo, ------------------------------------------------