

Sondrio, _____

**AL SINDACO
del Comune di**

S O N D R I O

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a _____, il _____,

residente a Sondrio in via/Piazza _____

Telefono: _____

E mail: _____

invalido/a in modo (barrare la casella interessata):

TEMPORANEO, FINO AL _____;

DEFINITIVO

come risulta dall'allegato documento rilasciato da _____

N.B.: PER IL RILASCIO DI CONTRASSEGNI TEMPORANEI, SULLA DOMANDA VA APPOSTA UNA MARCA DA BOLLO, DA € 16,00 (SEDICI/00).

CHIEDE

il rilascio del *contrassegno per disabili* previsto dal D.L.vo n° 285/92, per la circolazione e la sosta delle persone portatrici di handicap.

Distinti saluti.

(firma richiedente)

IN CASO DI RINNOVO, AL MOMENTO DEL RITIRO DEL NUOVO CONTRASSEGNO DEVE ESSERE RESTITUITO IL CONTRASSEGNO SCADUTO

Il richiedente si impegna a versare € 5,00 (cinque/00) a titolo rimborso spese.

ALLEGATI:

- ⇒ **CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'UFFICIO MEDICO-LEGALE DELL'A.S.L. DI APPARTENENZA PER "EFFETTIVA RIDOTTA O IMPEDITA CAPACITÀ MOTORIA" D.P.R. 151/2012;**
- ⇒ **PER IL RINNOVO: CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE CHE CONFERMI IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO;**
- ⇒ **FOTO TESSERA DEL RICHIEDENTE.**