

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione per il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone disabili.

*(riportare in stampatello i dati)*

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**IL RILASCIO** del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dell'autoveicolo al proprio servizio, ai sensi del DPR n. 495/92 e a tale scopo

**ALLEGA:**

*(barrare la certificazione relativa alla propria situazione)*

Certificato INPS – Commissione Medica Superiore, disabile permanente con esonero da future visite di revisione in applicazione del DM 02/08/2007;

*ovvero*

Certificato dell'Ufficio Medico Legale Azienda USL **in originale** attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;

- 1 foto formato tessera;
- Copia documento d'identità.

**DICHIARA** di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs.196/2003 sarà effettuato per soli fini istituzionali e nei limiti di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente (disabile o tutore/curatore)

\_\_\_\_\_

**PER IL RITIRO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE ALLEGARE ANCHE:**

- Copia documento d'identità del delegato.

Firma del delegato \_\_\_\_\_