# images Al SINDACO

#  del Comune di

#  22060 NOVEDRATE

**OGGETTO :CONTRASSEGNO SPECIALE DI CIRCOLAZIONE - (art. 188 D.Lgs. 285/92)**

(Barrare le voci che interessano)

1) □ Richiesta primo contrassegno di parcheggio disabili con certificazione medica legale permanente (oppure pari a 5 anni);

2) □ Richiesta primo contrassegno di parcheggio disabili con certificazione medica legale temporanea (inferiore ai 5 anni);

3) □ Rinnovo contrassegno di parcheggio disabili;

4) □ Duplicato contrassegno di parcheggio disabili per :

□ Smarrimento □ Deterioramento □ Furto

Il/La sottoscritto/a .............................................................................................................................................

Nato/a a .......................................................................................... il ..............................................................

residente nel Comune di Novedrate in Via .......................................................................................... n ......

Tel : ........................................................ Cell : ..............................................................................................

C.F. : ..............................................................................................................

**RIVOLGE ISTANZA**

al fine di ottenere il :

□ RILASCIO del contrassegno auto per il parcheggio invalidi, avendo una capacità di deambulare sensibilmente ridotta, così come attestato dal certificato medico, rilasciato in data ................................. da .................................................................................................................;

□ RINNOVO del contrassegno auto per il parcheggio invalidi, rilasciato dal Comune di Novedrate con Concessione n° .................. e avente scadenza ....................................................;

□ DUPLICATO del contrassegno auto per il parcheggio invalidi, rilasciato dal Comune di Novedrate con Concessione n° e scadenza per :

 □ Smarrimento □ Deterioramento □ Furto

**SI ALLEGA :**

□ Certificato medico legale in copia;

□ Certificato medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio della certificazione medica legale con validità quinquennale **(da utilizzare solo per il rinnovo**);

□ Denuncia in originale alle autorità di pubblica sicurezza di furto/smarrimento/altro che attesti il mancato possesso del contrassegno disabili e/o autodichiarazione ove previsto per legge

□ N. 1 fototessera;

Novedrate lì .................................................................................

Conferisce inoltre il consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all’art. 13 del D. Lgs. 196/03.

 Firma (per esteso)

 ..............................................