



# COMUNE DI NESSO

- **POLIZIA LOCALE** -

22020 Nesso Via P.Binda n. 9

Tel 031/910106 fax 031/910005

e-mail [polizialocale@comune.nesso.co.it](mailto:polizialocale@comune.nesso.co.it)



Marca da bollo da 16 euro  
(solo per contrassegni temporanei)

**Richiesta rilascio/rinnovo autorizzazione per la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone non vedenti o con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

- il rilascio del contrassegno per la circolazione e sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide  
 il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_  
 il duplicato del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ in quanto:  
 smarrito  deteriorato  oggetto di furto

- per me stesso  
 per altra persona di cui sono TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
 per altra persona da cui sono stato/a delegato/a

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, reperibile al telefonico \_\_\_\_\_

### A tal fine si allega:

- due foto formato tessera del titolare del contrassegno  
 marca da bollo da 16,00 euro (solo per contrassegni temporanei)  
 copia del documento di identità in corso di validità del richiedente  
 contrassegno invalidi scaduto  
 certificazione medica come di seguito indicata:

FOTO

### PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PERMANENTE E TEMPORANEO

- certificato Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea  
 certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento (codice 05/06)  
 certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)  
 certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (codice 08/09)

### PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO

- certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)  
 certificato Asl, servizio di Igiene Pubblica (per rinnovo del contrassegno temporaneo)

### PER IL DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO

- copia della denuncia di furto/smarrimento  
 contrassegno deteriorato

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_,  
(luogo)

\_\_\_\_\_,  
(data)