



RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA  
SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE  
(ART. 381 DEL DPR 16/12/1992 N. 495) MODELLO EUROPEO  
**PERMANENTE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a **Poggibonsi** in Via/Piazza \_\_\_\_\_,  
numero civico \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

***Parte da compilare soltanto nel caso di modulo presentato per conto di altra persona (nel caso allegare fotocopia documento identità del delegato alla presentazione della pratica):***

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_,  
numero civico \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

*In base alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità,*

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)  
 **TUTORE**  
 **DELEGATO**

**CHIEDO**

**IL RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGO:**

Copia della certificazione rilasciata dal Settore Medico Legale dell'Azienda USL di appartenenza in cui è riportata la seguente dicitura "ha deambulazione sensibilmente ridotta o impedita" oppure "ricorrono i presupposti di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e sm.ei."



n.1 foto formato tessera

**IL RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495) n. \_\_\_\_\_, ed a tal fine **ALLEGO**:

Copia del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al precedente rilascio

n.1 foto formato tessera

Firma dell'avente diritto \_\_\_\_\_  
(allegare documento di identità in corso validità)

Firma dell'esercente la patria potestà/tutore/delegato \_\_\_\_\_  
(allegare documento di identità in corso di validità)

***Parte da compilare soltanto nel caso in cui la certificazione medico-legale della ASL presentata per ottenere il precedente contrassegno riporti che trattasi di patologia di cui al Decreto Ministeriale 2 agosto 2007:***

In base alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità,

### **DICHIARO**

che la certificazione medico-legale da me presentata per ottenere il precedente contrassegno riportava la seguente patologia, rispetto alla quale sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante:

- Insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia;
- Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica;
- Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile;
- Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide;
- Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8;
- Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologia e/o chirurgica;
- Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati;
- Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento;



- Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco;
- Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione;
- Deficit totale della visione;
- Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Firma dell'avente diritto \_\_\_\_\_  
(allegare documento di identità in corso validità)

Firma dell'esercente la patria potestà/tutore/delegato \_\_\_\_\_  
(allegare documento di identità in corso di validità)