



**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
A TEMPO DETERMINATO**

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) per il seguente periodo/fino al _____
_____ 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
 n. 2 marche da bollo da €. 16,00



**Comune di
POGGIBONSI**

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) per il seguente periodo/fino al _____ 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

n. 2 marche da bollo da €. 16,00

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)