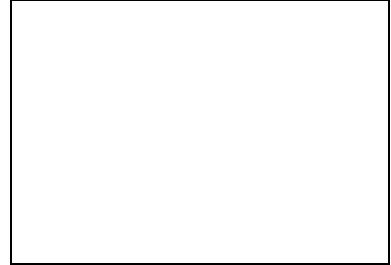


Spett.le  
**Comune di Vinzaglio**  
**Via Roma n. 21**  
**28060 Vinzaglio NO**



**OGGETTO: Richiesta di rilascio / rinnovo del contrassegno per il parcheggio di autoveicoli al servizio di persone disabili.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente in questo Comune in Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ riconosciuto  
disabile con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta per \_\_\_\_\_

come risulta dalla documentazione medica allegata, in relazione al combinato esposto:

- degli articoli 7, comma 1, lettera d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada» emanato con D.Lgs 30 aprile 1992, n° 285;
- dell'art. 381 del “Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada” emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992 n° 495, modificato con D.P.R. 30 luglio 2012 n° 151;

**C H I E D E**

il rilascio / rinnovo dello speciale contrassegno per il parcheggio per disabili previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n° 495, modificato con D.P.R. 151/2012, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati con il veicolo dallo stesso utilizzato.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992. n° 495, modificato con D.P.R. 151/2012, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

1. di confermare i propri dati personali prima trascritti;
2. che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:

.....  
.....

**ALLEGATI:**

- ✓ 1 fotografia formato tessera;
- ✓ 1 marca da bollo da € 16,00;
- ✓ Certificazione medica rilasciata dalla commissione medica provinciale (per il rilascio di nuovo contrassegno) / dal medico curante (per il rinnovo del precedente contrassegno).

Vinzaglio, lì \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**