

Al Sig. SINDACO della Città di BORGARO TORINESE  
tramite COMANDO POLIZIA LOCALE  
Piazza Europa n. 2 - 10071 -BORGARO TORINESE

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER DISABILI**  
(art. 188 D. Lgs 30 aprile 1992, n. 285)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ ( ) IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN BORGARO T.SE -VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se stesso/a;  
 per il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ ( ) residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

il

- rilascio  rinnovo  duplicato

**del contrassegno di circolazione e sosta previsto dall'art. 188 del C.d.S.**

Allega

- il certificato rilasciato dal Servizio di Medicina Legale dell'A.S.L. ( per il primo rilascio o per il rinnovo delle autorizzazioni rilasciate a tempo determinato );  
 copia del verbale della commissione medica integrata con allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;  
 il certificato rilasciato dal medico di base ( per il rinnovo delle autorizzazioni il cui primo certificato era a tempo indeterminato );  
 **N. 2 fotografie formato tessera del titolare del contrassegno (OBBLIGATORIE);**  
 **Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente/interessato.**

Dichiara

- di non essere mai stato in possesso di contrassegno per persone diversamente abili;  
 di essere in possesso di contrassegno n° \_\_\_\_\_

Borgaro Torinese, li \_\_\_\_\_

FIRMA

**Note :**

**Rinnovo del contrassegno con certificazione del medico curante**, lo stesso dovrà certificare che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno stesso: **Non saranno accettate da questo ufficio altre dichiarazioni che contengano elementi relativi alla salute del soggetto intestatario del contrassegno.**

**Il certificato medico legale dell'ASL** ai fini del rilascio del contrassegno, se presenta una data di scadenza, preclude la possibilità di rinnovo del contrassegno con dichiarazione del medico curante. Pertanto, l'intestatario, prima della scadenza dovrà rivolgersi presso l'ASL competente e richiedere una nuova visita medica ai sensi dell'Art 188 C.d.S.;

**Il duplicato** del contrassegno può essere rilasciato esclusivamente per **deterioramento** (dello stesso, che dovrà essere riconsegnato contestualmente al presente modulo di richiesta) o per **smarrimento**. Se il contrassegno è stato smarrito, si potrà ottenere un duplicato presentando allegata alla richiesta, la denuncia di smarrimento sporta presso le autorità competenti.

**E' necessario allegare alla richiesta N. 2 fotografie formato tessera del titolare del contrassegno.**

**Ritiro del contrassegno** è necessario presentarsi personalmente previo comunicazione e/o appuntamento telefonico presso l'Ufficio di Polizia Locale muniti di documento di identità oppure, in caso di impedimento, a mezzo di persona munita di delega scritta e, oltre al proprio documento di identità, anche del documento di identità del delegante.

**Delega al ritiro del contrassegno**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Delego al ritiro del contrassegno di circolazione e sosta per invalidi

Il/la signor/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

si allega documento di identità del delegato e delegante

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_