



Comune di Pero  
Città Metropolitana di Milano

AL SINDACO DEL COMUNE DI PERO (MI)

- OGGETTO:** [ ] **Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi.**  
[ ] **Rinnovo di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi.**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

**Residente in questo Comune, Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **tel.** \_\_\_\_\_

**Portatore di Handicap, con deambulazione sensibilmente ridotta per** \_\_\_\_\_

Come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto: degli articoli 5 e 6 della legge 27 aprile 1978, n. 384; degli articoli 7, comma 1, lett. D) e 188 del "Nuovo Codice della Strada", emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495;

**CHIEDE**

**Il [ ] rilascio [ ] rinnovo** dello speciale contrassegno previsto dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 27 Aprile 1978 n. 384 come approvato con l'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato come prescritto dall'art. 381 comma 3, del Regolamento n. 495/1992, sotto la propria personale responsabilità.

**DICHIARA**

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, per effetto dell'art. 76 del D.P.R. 28-12-2000, N.45, dichiara:

di confermare i propri dati personali prima trascritti, che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi di cui si allegano i seguenti documenti;

Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha "la effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta per \_\_\_\_\_

**PER RICHIESTE DI RINNOVO PERMANENTE:**

Certificazione rilasciata dal medico curante ed **ORIGINALE CONTRASSEGNO SCADUTO**; n. 2 Fototessera recenti e Carta Identità;

**PER RICHIESTE DI DUPLICATO:** Denuncia di smarrimento/furto oppure contrassegno in originale, se deteriorato; n. 2 fototessera recenti e Carta Identità;

**PER RICHIESTE DI RILASCIO/RINNOVO TEMPORANEO:**

Copia verbale di non deambulabilità rilasciato dal dipartimento di prevenzione ASST RHODENSE N. 2 fototessera recenti e Carta Identità.

**Data,** \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

**Area Polizia Locale e Mobilità  
Responsabile del Procedimento:**

**Pratica gestita da:** | tel. 02.35.37.11.32

**Comune di Pero** | Piazza Marconi, 2 | 20016 Pero (MI) | tel. 02.35.37.11.1 | fax 02.33.90.575 | C.F. 86502820151 | P.IVA 06721490156

**File:**

www.comune.pero.mi.it