

**MOD. 1**

AI SINDACO  
Comune di  
38086 - PINZOLO

OGGETTO: Domanda di rilascio del contrassegno per circolazione e sosta dei veicoli per trasporto di persone invalide.

Il / la sottoscritt.....

nt.a.....il.....

residente a.....in via.....

n....., tel...../....., con la presente chiede il

rilascio del contrassegno per portatori handicap.

A tale scopo si allega la documentazione medica rilasciata dalla competente Autorità medico – sanitaria.

.....  
(firma)

data.....

- Riferimenti di legge sono: ex artt.12 DPR 24.07.1996,N.503 E 38 dpr 16.12.96,n.495
- Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 L.675/96,che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data.....

.....  
( firma )

**OGGETTO:**

**CERTIFICATO MEDICO PER RINNOVO AUTORIZZAZIONE ALLA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE INVALIDE.**

**Certificato di persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno.**

Con il presente, certifico che il sig./la sig.ra  
....., nato/a a  
..... il ....., già titolare di  
contrassegno per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide,  
rilasciato dal comune di ....., contraddistinto dal numero ....., di  
data ....., è affetto da una patologia di cui al Decreto  
Interministeriale 2 agosto 2007, che ha carattere cronico e comporta una riduzione  
delle capacità di deambulare.

Certifico pertanto, che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al  
rilascio del contrassegno in oggetto.

Data, .....

.....

Timbro e firma del medico curante

**MOD. 3**

**Al Sig. Sindaco  
Comune di Pinzolo (TN)  
SEDE**

**OGGETTO: domanda di rinnovo del contrassegno per la circolazione e sosta dei veicoli al servizio di persone invalide.**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a .....,  
il ..... e residente a ....., via  
....., n. ...., tel. ...., già  
in possesso del contrassegno per persone invalide rilasciato dal Comune di  
..... in data ..... e contraddistinto dal numero .....,  
scaduto il ....., con la presente chiede il rilascio del nuovo contrassegno.

A tale scopo, si allega la dichiarazione del proprio medico curante, da cui risulta che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno.

Firma

.....

Data .....

- Riferimenti di legge: ex art. 12 D.P.R. 24.07.96 n. 503 e D.P.R. 16.12.96 n. 495;
- Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 10 L.675/96 che i dati personali raccolti, saranno trattati con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.