

Al Comune di

20040 USMATE VELATE MI

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE IN DEROGA PER MOBILITA' PERSONE INVALIDE

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ Via _____ n° _____

telefono o cellulare _____ in nome e per conto di _____

c h i e d e

il rilascio di autorizzazione permanente/temporanea dal _____ al _____,

in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalide, ai sensi dell'art. 188 del Codice della Strada e relativo regolamento di esecuzione.

Gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta sono: _____

Allega la certificazione medica prevista dall'art. 4 della legge 5.2.1992, n° 104 e una fotocopia del documento di identità personale.

Cordiali saluti.

Li _____

Il/la Richiedente _____

CERTIFICATO MEDICO-LEGALE

Nella visita medica eseguita in data odierna è stato espressamente accertato che:

Il/la Signor/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap. _____

via _____

1. ha un'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;

2. ha un'effettiva incapacità di deambulare;

- a tempo indeterminato;
- per un periodo presumibile di: mesi _____ settimane _____ giorni _____

Rilascio il presente certificato, su richiesta dell'interessato per i benefici di cui al DPR 16 dicembre 1992, n° 495 – art. 381.

_____ li, _____

IL MEDICO

N.B. Si ricorda che, per la prima richiesta di “contrassegno invalidi”, il presente modulo dovrà essere compilato dall'Ufficio certificazioni medico-legali della ASL.

Per l'eventuale rinnovo dell'autorizzazione, il certificato relativo al persistere dell'effettiva riduzione della capacità di deambulazione, è di competenza del medico curante (DPR 495/92 - art. 381).