

**DOMANDA RINNOVO AUTORIZZAZIONE PER INVALIDI
CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA
E PER NON VEDENTI**

(CdS: art.188; Reg: art.381 - DPR 24/07/96, n. 503: art.12)

Al Sig. SINDACO
del Comune di
RIPATRANSONE

Il sottoscritto¹

nato a _____ il _____

residente a RIPATRANSONE

via/P.zza _____ n. _____

già titolare di autorizzazione n. _____ rilasciata il _____

con validità fino al _____

recapito telefonico: _____ cellulare: _____

chiede (indicare con X)

1. Il rinnovo dell'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, per un periodo:²

permanente temporaneo fino al

2. Il rinnovo dell'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone non vedenti, per un periodo:¹

permanente temporaneo fino al

dichiara sotto la propria responsabilità (indicare con X)

Che permangono la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, come da certificato del medico curante

Che permangono le condizioni di persona non vedente

In qualità di genitore del minore:³

Sig.⁴

nato a _____ il _____

residente a _____

il quale risulta (indicare con X):

Che permangono la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, come da certificato del medico curante

Che permangono le condizioni di persona non vedente, come da certificato del medico curante

allega: (indicare con X)

Certificato del medico curante dal quale risulta che permangono le capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Certificato del medico curante dal quale risulta che permangono le condizioni di persona non vedente

Autorizzazione scaduta

Li, _____

IL RICHIEDENTE

¹ Indicare le generalità complete dell'invalido.

² Contrassegnare il periodo identico a quello indicato nel certificato medico dell'ASUR.

³ Da compilare solo in caso di richiesta per minori o incapaci.

⁴ Generalità dell'invalido minore o incapace.