



Comune di Lecco  
CORPO POLIZIA LOCALE  
Nucleo Funzioni Area Contenzioso  
Ufficio Contravvenzioni e Permessi ZTL

## MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO PER PERSONE INVALIDE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN LECCO, IN \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ COD.FISC.: \_\_\_\_\_

**BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA:**

**Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla ASL di Lecco attestante la ridotta capacità di deambulazione, previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605 – 634, servizio territoriale Medicina Legale, Via G.Tubi, 43; **si precisa che** se si fosse in possesso di verbale d'invalidità, (visita di invalidità civile e/o L.104/92), da presentare in copia con Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia (D.P.R.28/12/2000, n.445), lo stesso sostituisce la certificazione dell'ufficio medico legale della ASL, senza ulteriori visite mediche, solo nei seguenti casi: soggetti riconosciuti ciechi civili dall'apposita Commissione Medica (cod. 08/09); soggetti riconosciuti invalidi civili dall'apposita Commissione Medica con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (cod 05/14); soggetti riconosciuti invalidi civili dall'apposita Commissione Medica con necessità di assistenza continua per disabilità psico intellettiva (cod. 6/15) **O SE ESPRESSAMENTE SPECIFICATO.**
- Fotocopia documento d'identità.

**Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla ASL di Lecco attestante la ridotta capacità di deambulazione, previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605 - 634, servizio territoriale Medicina Legale, Via G. Tubi, 43 (la data della visita non deve essere antecedente i 6 mesi);
- Fotocopia documento d'identità
- Contrassegno scaduto

**Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"** (la data del certificato non deve essere antecedente i 6 mesi) ;
- Fotocopia documento d'identità
- Contrassegno scaduto

Lecco, \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

### PER IL RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

- Delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)
- Fotocopia documento d'identità del delegante.
- Documento d'identità del delegato.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delego il/la  
Signor/a \_\_\_\_\_ al ritiro del contrassegno.  
Lecco, \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma del delegato \_\_\_\_\_

**INDICARE I DATI DEL TUTORE/CURATORE SE LA PERSONA INVALIDA E' MINORE O INCAPACE DI INTENDERE O DI VOLERE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello*  
NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN LECCO, IN \_\_\_\_\_  
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_