

**AL COMANDANTE DELLA POLIZIA MUNICIPALE  
VIA VITTORIA N° 162  
63822 PORTO SAN GIORGIO (FM)**

**OGGETTO:** Richiesta di rilascio/rinnovo<sup>1</sup> di contrassegno invalidi ai sensi dell'art. 188/2 C.d.S e 381 Reg. C.d.S. .

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Porto San Giorgio in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
presenta richiesta di rilascio dello speciale "contrassegno invalidi" di cui all'art. 381 del  
Reg. Esec. al Codice della Strada a causa di comprovate condizioni sanitarie che  
determinano una sensibile diminuzione della capacità di deambulazione.

A tal fine allega la sottoelencata documentazione.

**O n° 02 foto-tessera**

**O fotocopia documento di identità**

**PER IL PRIMO RILASCIO**

**O** Certificato medico dell'Ufficio Medico-Legale della A.S.U.R. 11 di Fermo attestante la  
effettiva riduzione della capacità di deambulazione.

**PER IL RINNOVO DOPO IL 5° ANNO**

**O** Certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che  
hanno dato luogo al 1° rilascio.

Dichiara altresì di essere/non essere<sup>2</sup> titolare di patente di guida categoria \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_ dalla  
Prefettura/Motorizzazione di \_\_\_\_\_.

**SI INDICA IL SEGUENTE RECAPITO TELEFONICO PER COMUNICARE L'AVVENUTO  
RILASCIO DEL CONTRASSEGNO O PER ALTRE COMUNICAZIONI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

**DATA PRESENTAZIONE:** \_\_\_\_\_

**DATA RILASCIO:** \_\_\_\_\_

**DATA AVVISO TELEFONICO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO PERMESSO:** \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Cancellare la ipotesi che non interessa.

<sup>2</sup> Cancellare la ipotesi che non interessa.