

Spett.le Comune di Urago d'Oglio  
Ufficio Polizia Locale  
Piazza Marconi n. 26  
25030 – Urago d'Oglio (BS)

**Oggetto: Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per disabili.**

Io (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**chiedo**

- il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili  
 il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili: solo per chi ha ridotte capacità motorie permanenti;  
 il rilascio del duplicato per furto/smarrimento/deterioramento

a favore di:

per me stesso  
 per il/la sig./sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a Urago d'Oglio (BS) in via \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

A tal fine **allego**:

- due foto formato tessera del titolare del contrassegno  
 copia del documento di identità in corso di validità  
 contrassegno di circolazione scaduto  
 certificazione medica come di seguito indicata:  
• per il **rilascio** del contrassegno permanente e temporaneo  
 certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea  
 certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento  
 certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)  
 certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti)  
• per il **rinnovo del contrassegno**  
 certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)  
 certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica (per rinnovo del contrassegno temporaneo)

Urago d'Oglio (BS), li \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_