



## RINNOVO

### Autorizzazione per circolazione e sosta dei veicoli

a servizio di invalidi (art. 188 del C.d.S. e art. 381 D.P.R. 16/12/1992 n. 495).

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Cagli

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
al fine di ottenere il permesso di cui all'oggetto e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

di avere capacità di deambulazione ridotta

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

di essere residente a Cagli in via/piazza \_\_\_\_\_ ;

telefono n. \_\_\_\_\_ ;

eventuale patente di guida

N. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ ;

Autorizzazione permesso invalidi n. \_\_\_\_\_

Alla domanda **si allega certificazione medica** rilasciata dall'Ufficio medico-legale della Azienda ASUR MARCHE zona territoriale nr.2 di Cagli o dal proprio medico di base dalla quale risulta l'invalidità e la durata :

**permanente**

o

**limitata**

Cagli, \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_