



# COMUNE DI PORTO RECANATI

Provincia di Macerata  
**Polizia Municipale**

**Al Sindaco**  
Del Comune di  
62017 – PORTO RECANATI

Oggetto:

**RICHIESTA DI CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI CHE TRASPORTANO INVALIDI.**

Il/ La Sottoscritt_		
Nato/ a a:		
Nato/ a il		
Residente a	<b>PORTO RECANATI</b>	
In via		Num. <input type="text"/>

minorato/ a fisico con problemi di deambulazione sensibilmente ridotta per:

Come risulta dalla documentazione allegata. In relazione al combinato disposto:

- degli articoli 5 e 6 della Legge 27 aprile 1978, n° 384
- degli articoli 7, comma 1, lett, d) 188 del “Nuovo Codice della Strada”, emanato con D. L.vo 30 Aprile 1992, n° 285
- dell’articolo 188 del “Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n° 495;

### CHIEDE

Il rilascio dello speciale **contrassegno** previsto dagli artt. 5 e 5 del D.P.R. 27 Aprile 1978, n° 384 come approvato con l’art. 381 del 16 Dicembre 1992, n° 495 che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all’uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato.

Come prescritto dall’art. 381, comma 3, del Regolamento n°495/ 1992, sotto la propria personale responsabilità,

### DICHIARA

1. di confermare i propri dati personali
2. che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:

-----  
-----  
-----

### ALLEGA

Certificazione medica rilasciata in data  dall’Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la effettiva ridotta capacità di deambulazione del sottoscritto/ a è causata dai motivi sopra specificati.

Porto Recanati li : \_\_\_\_\_

Il / La Dichiarante  
\_\_\_\_\_