

Spett.le **Medicina Legale**  
ASST CREMA  
via A. Gramsci n. 13  
26103 Crema

**OGGETTO: RICHIESTA DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI**  
art.188 CdS; art. 381 Regolamento di esecuzione del CdS, mod. da D.P.R. 151/2012

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
identificato/a a mezzo ..... n. ....  
rilasciato da ..... in data .....  
recapito telefonico n .....

### **CHIEDE**

- RILASCIO**
- RINNOVO (solo per contrassegni temporanei)**

della dichiarazione attestante che la sua capacità di deambulazione è impedita o sensibilmente ridotta al fine di ottenere il contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli per disabili

Luogo e data .....

Firma

.....

#### **Allegati:**

- **fotocopia documentazione sanitaria recente (3-6 mesi) rilasciata da struttura pubblica o privata accreditata, nella quale siano specificate le ripercussioni esercitate dalle patologie del richiedente sulla sua funzione deambulatoria (tipologia di cammino, necessità di ausili, massima distanza percorsa, etc ...)**
- **fotocopia carta di identità dell'interessato in corso di validità**
- **qualora in possesso, fotocopia del certificato di invalidità**
- **se domanda presentata da delegato, fotocopia del documento di identità del delegato in corso di validità e delega per lo svolgimento della pratica**