

Unità Operativa  
per la Medicina Legale  
dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari  
Via Brennero n°286/11  
**38100 TRENTO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CHIEDE**

di essere sottoposto agli accertamenti sanitari previsti dal D.P.R. n°495/92 (art.381del Reg.) per il rilascio del 'CONTRASSEGNO' per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio dei disabili.

A tal fine, si allega un certificato del medico curante attestante la limitata capacità di deambulazione del/della richiedente.

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_