Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

Codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Residente a _____ CAP _____

Indirizzo _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

il rilascio del certificato sulla **"**capacità di deambulazione**"** per domanda al Comune di residenza di "**contrassegno parcheggio invalidi**" (Art. 381 D.P.R. 16.12.1992 n. 495)

⟦___⟧**PRIMO RILASCIO** ⟦___⟧**RINNOVO**

A tal fine dichiara di essere:

- ❑ invalido civile: verbale del ____/____/_____ dell' ASL/INPS di_____ diagnosi _____ percentuale di invalidità _____%
- ❑ invalido del lavoro: certificato INAIL del ____/____/_____ con diagnosi di _____ percentuale di invalidità INAIL _____%
- ❑ invalido di guerra e/o di servizio: certificato dall'Ospedale Militare rilasciato in data ____/____/_____ con diagnosi _____ categoria ____
- ❑ in attesa del giudizio di invalidità civile, ha presentato domanda in data___/____/_____
- ❑ non invalido ma affetto da gravi patologie che riducono sensibilmente la deambulazione, come da certificato medico rilasciato dal Dr._____ in data ___/___/___.

Allega alla presente:

- copia della documentazione sanitaria in possesso (relazioni di visite specialistiche, lettere di dimissioni, referti, ecc.)
- verbale di riconoscimento di invalidità civile / di lavoro / di guerra / di servizio
- copia carta d'identità in corso di validità
- copia patente di guida in corso di validità

Data _____ Firma _____