

## Istruzioni per ottenere il contrassegno parcheggio per disabili

### 1° rilascio:

1. **prendere appuntamento al CUP** per la visita necessaria per il rilascio della certificazione medico-legale dell'ASL 18, attestante la capacità deambulatoria sensibilmente ridotta;

#### Tel.

Prenotazioni e disdette al numero verde gratuito



**0425 362000 (SOLO DA CELLULARI)**

### Orari

#### Prenotazione telefonica

dal lunedì al venerdì: dalle 8.00 alle 18.00

sabato: 08.00 - 12.00

#### Prenotazione di persona

dal lunedì al venerdì: 8.00 - 17.30

sabato: CHIUSO

2. presentarsi **personalmente** in Cittadella Socio Sanitaria a Rovigo in Viale Tre Martiri, 89, blocco C
3. presentare al Sindaco del Comune la domanda con allegata la certificazione rilasciata dal medico dell'ASL e la copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene firmata alla presenza dell'addetto comunale

### 2° Rinnovo:

A) in caso di scadenza dopo cinque anni dal rilascio occorre:

1. chiedere il certificato medico al medico curante (medico di medicina generale) o pediatra in caso di minori (da 18 mesi in poi);
2. presentare al Sindaco del Comune la domanda di rinnovo con allegata la certificazione.

B) in caso permesso rilasciato per una **temporanea** riduzione della capacità di deambulare occorre:

1. chiedere il certificato medico al medico dell'Azienda ASL 18;
2. presentare al Sindaco del Comune la domanda di rinnovo con allegata la certificazione e dell'ASL e la copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene firmata alla presenza dell'addetto comunale.

Al Signor Sindaco  
del Comune di

B O S A R O

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in Bosaro in  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, **chiede** alla S.V. il  
rilascio/rinnovo della concessione del permesso di parcheggio per disabili ai sensi  
degli artt. 7 e 188 del D.L. 30.4.1992, n. 285 (Nuovo Codice della Strada) e dell'art.  
381 del D.P.R. 16.12.1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Nuovo Codice  
della Strada).

Bosaro, \_\_\_\_\_  
(data)

N.B. Allego alla presente la certificazione medica

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

=====