

**All' U.O. MEDICINA LEGALE**  
Sede operativa di \_\_\_\_\_

**RICHIESTA RIESAME "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/Cellulare \_\_\_\_\_

Avendo ricevuto in data \_\_\_\_\_ comunicazione di giudizio sfavorevole al rilascio/rinnovo del contrassegno di circolazione e sosta dei veicoli a soggetti con capacità deambulatoria sensibilmente ridotta in sede di accertamento monocratico

**CHIEDE IL RIESAME DELL'ACCERTAMENTO**

Motivazione della richiesta di riesame:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del ricorrente)

La domanda deve essere presentata entro 60 giorni dalla comunicazione del giudizio, all'U.O. Medicina Legale territorialmente competente, oppure essere inviata tramite raccomandata A/R.

Alla domanda deve essere allegata:

1. copia del certificato con giudizio sfavorevole;
2. copia di un documento di riconoscimento valido (carta d'identità, patente, etc...);
3. tutta la documentazione sanitaria che si ritiene necessaria

Riesame contrassegno disabili Allegato\_5.doc