

RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO
CONTRASSEGNO EUROPEO PER DISABILI

(Art. 381 D.P.R. 495/1992; Art.12 D.P.R. 503/1996)

Richiedente

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

data di nascita |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| sesso: M. F.

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____

Via, Piazza, ecc. _____ n. _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ cell _____

Email _____ PEC _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.46 e 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 **in qualità di** (specificare barrando la casella corrispondente al caso):

 titolare del contrassegno per disabili genitore Tutore legale Amministratore di sostegno

(legalmente autorizzato a tal fine si allega la necessaria documentazione di nomina)

di _____

(cognome) (nome)

nato/a il _____ a _____ C.F. _____

e residente in _____ via/piazza _____ n. _____ cap. _____

DICHIARO che:

1. l'uso del contrassegno è strettamente personale;
2. non può essere in possesso di analoga autorizzazione rilasciata da altri Comuni;
3. il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del titolare, entro 30 giorni;

CHIEDE

il rilascio/rinnovo del contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i., trattandosi di (Tempi di rilascio: <=30 giorni):

 PRIMA RICHIESTA CONTRASSEGNO, alla quale si allega:

- o certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.L. o I.N.P.S. per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile - Legge 104 riportante la non deambulazione (art. 8 L. 449/1957 - art. 381 D.P.R./92 - art. 30 co. 7 L. 388/2000) oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti, ai sensi dell'art. 12 co. 3 D.P.R., n. 503/96 (fornire la copia del certificato);

- **(per contrassegno temporaneo)** certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza o dalla Commissione Medica della A.S.L. o I.N.P.S., attestante l'attuale effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e, s.m.i. o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996 (*fornire la copia del certificato*);
- n. 2 foto recenti, formato tessera;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
- estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;
- n. 2 marche da bollo da € 16,00 (*solo per richiesta contrassegno temporaneo*).

RINNOVO del CONTRASSEGNO N. _____ del _____, alla quale si allega:

- **(per contrassegno permanente)** certificazione del Medico di Medicina Generale (*medico curante*);
- **(per contrassegno temporaneo)** certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza o dalla Commissione Medica della A.S.L. o I.N.P.S., attestante l'attuale effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e, s.m.i. o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996 (*fornire la copia del certificato*);
- n. 2 foto recenti, formato tessera;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
- estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;
- n. 2 marche da bollo da € 16,00 (*solo per richiesta rinnovo contrassegno temporaneo*).

DUPLICATO del CONTRASSEGNO N. _____ del _____, in quanto:

- smarrito
- deteriorato
- sottratto furtivamente;
- alla quale si allega: (*Contrassegno in originale, in caso di contrassegno deteriorato o illeggibile; In caso di smarrimento o furto: la denuncia alle Forze di Polizia*);

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Zeddiani, li _____	Firma del richiedente _____
--------------------	--------------------------------

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Permesso n. _____ rilasciato il _____ scadenza il _____