

**Marca da bollo**  
€. 16,00  
(solo per  
autorizzazioni  
temporanee)

(Spazio riservato al protocollo)

Alla Polizia Locale  
dell'Unione Lombarda dei  
Comuni 'Fluvialis Civitas'

**RICHIESTA CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA FORMATO EUROPEO**  
(Art. 188 D.Lgs. 285/92, art. 381 DPR 495/92)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ (facoltativo)

**per sé stesso**       **per conto**

di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ (facoltativo)

in qualità di: (genitore, tutore, curatore, altro) \_\_\_\_\_.

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-2000, e che in caso di dichiarazioni non veritiero il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, sulla base della presente domanda, come previsto dall'art. 75 del suddetto decreto, a tal fine,

**CHIEDE** (barrare la casella che interessa)

**RILASCIO** del contrassegno in oggetto indicato ed a tal fine dichiara di essere affetto/a da patologia che determina una capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

A tal scopo allega:

- Documento d'identità;
- n. 1 foto tessera;
- n. 2 marche da bollo da € 16,00 l'una solo in caso di invalidità che comporti ridotte o impedisce capacità motorie NON permanenti;
- Certificato rilasciato dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza **in originale** dal quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedisce o sensibilmente ridotte; *oppure, in caso di invalidi civili con invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o non vedenti*, copia del verbale della Commissione medica integrata.

**RINNOVO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

con validità inferiore a 5 anni con scadenza \_\_\_\_\_

A tal scopo allega:

- Il contrassegno scaduto di validità;
- Fotocopia documento di identità;
- n. 2 marche da bollo da € 16,00 l'una
- n. 1 foto tessera;
- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, **in originale** recante l'indicazione del periodo di proroga da applicare per il rinnovo del contrassegno.

**RINNOVO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

con **validità di 5 anni** con scadenza \_\_\_\_\_

A tal scopo allega:

- Il contrassegno scaduto di validità;
- Fotocopia documento di identità;
- n. 1 foto tessera;
- Certificazione medica, **in originale**, rilasciato dal proprio medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno.

**RILASCIO DEL DUPLICATO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione:

- causa smarrimento e si allega la denuncia di smarrimento. (\*)
- causa sottrazione e si allega la denuncia di furto.
- causa deterioramento e si allega il precedente contrassegno da sostituire.
- nuovo residente e si allega il precedente contrassegno da sostituire.

A tal scopo allega:

- Fotocopia documento di identità;
- n. 1 foto tessera;

(\*) N.B.: Nel caso di rientro in possesso del documento denunciato come smarrito, lo stesso dovrà essere riconsegnato immediatamente alla Polizia Locale. La mancata riconsegna e l'utilizzo del permesso denunciato come smarrito possono comportare la violazione dell'articolo 650 C.P.

**DICHIARA INOLTRE:**

- che l'autorizzazione sarà ad esclusivo uso personale;
- di non essere in possesso di altra autorizzazione rilasciata da altro Comune;
- di essere a conoscenza che qualora, durante il periodo di validità dell'autorizzazione, vengano meno i requisiti soggettivi del titolare ed i requisiti oggettivi previsti dalla normativa per il rilascio, al titolare della medesima, o suo rappresentante, è fatto obbligo di restituire quanto prima l'atto autorizzativo all'Ufficio Polizia Locale comunale;
- di essere a conoscenza che è facoltà dell'Amministrazione Comunale porre in essere accertamenti per la verifica delle circostanze dichiarate;
- che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

(da barrare se necessario) **SI DICHIARA CHE IL/LA DISABILE È IMPOSSIBILITATO/A ALLA FIRMA**

**SI OBBLIGA**

- A restituire l'autorizzazione in caso di trasferimento di residenza in altro Comune;
- A comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta;

Conferisce altresì il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del GDPR 679/2016 e della normativa nazionale vigente.

Data, \_\_\_\_\_

Il richiedente

(firma da apporre leggibile e per esteso)