

**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 veritiere 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 impedita o sensibilmente ridotta; 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)