

**MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO PER DISABILI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**in qualità di**  avente diritto al contrassegno  
 esercente la patria potestà e/o tutore (rif. tutela \_\_\_\_\_) dell'avente diritto al contrassegno.

cognome e nome \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il rilascio**  **il rinnovo del n°** \_\_\_\_\_  **il duplicato del n°** \_\_\_\_\_  
(del contrassegno di parcheggio per persone diversamente abili ai sensi del D.P.R. 151/2012)

**DICHIARA**

- di avere i requisiti sanitari per richiedere l'autorizzazione di cui al D.P.R. 151/2012
- di non essere in possesso di altra autorizzazione rilasciata da altro Comune
- che l'autorizzazione sarà ad uso esclusivo personale;

**SI IMPEGNA**

- a restituire l'autorizzazione in caso di decadenza dei diritti che ne hanno consentito il rilascio (decesso, scadenza)
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta (indirizzi di residenza, recapiti ecc.);

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso ai sensi del D.P.R. 196/2003 e dell'art. 58 L. 120/2010 al trattamento dei propri dati personali che si renda necessario in relazione alla presente domanda e alle conseguenti procedure esonerando in tal senso l'Ente da ogni responsabilità relativa.

Firma

\_\_\_\_\_

**DELEGATO AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( firma titolare del contrassegno )

## ALLEGA A TAL PROPOSITO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

### PER IL RILASCIO:

- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
Accompagnamento con difficoltà motoria eventuale revisione in data \_\_\_\_\_
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
L. 104/92 gravità dell'handicap motorio eventuale revisione in data \_\_\_\_\_
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE AUSL per anni \_\_\_\_\_
- n. 1 fototessera
- fotocopia documento d'identità in corso di validità

### PER IL RINNOVO:

#### **(precedente contrassegno valido 5 anni)**

- certificato del medico curante confermante il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
Accompagnamento con difficoltà motoria
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
L. 104/92 gravità dell'handicap motorio
- n. 1 fototessera
- fotocopia documento d'identità in corso di validità

### PER IL RINNOVO:

#### **(precedente contrassegno temporaneo)**

- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE AUSL per anni /mesi \_\_\_\_\_
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
Accompagnamento con difficoltà motoria eventuale revisione in data \_\_\_\_\_
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio MEDICO LEGALE competente AUSL  
L. 104/92 gravità dell'handicap motorio eventuale revisione in data \_\_\_\_\_
- n. 1 fototessera
- fotocopia documento d'identità in corso di validità

### PER IL DUPLICATO:

- denuncia rilasciata da un organo di Polizia (in caso di smarrimento, furto)
- contrassegno deteriorato (in caso di deterioramento)
- n. 1 fototessera

(\*) costi e modalità di pagamento (ai sensi della 388/2000)

- domanda in carta semplice per richiesta e rinnovo di autorizzazioni aventi carattere permanente (validità anni 5);
- domanda in bollo è **necessaria una marca da bollo di € 16,00** per richiesta e rinnovo di autorizzazioni aventi carattere temporale (validità inferiore a 5 anni);

### Tempistica rilascio contrassegno

Ai sensi della vigente normativa, il contrassegno viene rilasciato dall'ufficio Polizia Locale entro 30 giorni dalla richiesta completa nelle sue parti.