

**Al Signor Sindaco Comune di Mediglia**

**DOMANDA PER IL RILASCIO – RINNOVO – DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI**

Art. 188 D. Lgs. 30/04/1992 n. 285 e Art. 381 D.P.R. 16/12/1992 n. 495, come modificato DPR 30.07.2012 n. 151.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
Mediglia in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, a favore di :

Sé medesimo

In qualità di :  Esercente la patria potestà del minore  Tutore(1)  Altro(2)

per nome e per conto (3) di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 188 del Nuovo Codice della Strada (D.Lgs. 30/04/1992 n. 285) e 381 del Reg.to di esecuzione e di attuazione (D.P.R. 16/12/1992 n. 495), come modificato dal DPR 30.07.2012.

il **RILASCIO** oppure  il **RINNOVO** oppure  **DUPLICATO** oppure  la **RIEMMISSIONE PER ERRATA TRASCRIZIONE**..... della **CONCESSIONE N.** \_\_\_\_\_

dell'autorizzazione di cui all'art. 188 codice della strada per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci (4), dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

**1.-  per il PRIMO RILASCIO. Allega i seguenti documenti:**

-  Verbale della Commissione Medico Integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari (**difficoltà deambulatorie** ovvero **non vedenti** – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96) per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni, datato .....

-  Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla 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 a causa di una situazione temporanea della quale è indicata come presumibile termine la data del \_\_\_\_\_.

e

-  **n. 1 Fotografia a colori formato tessera recente;**

-  **Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente**

Gli eventuali documenti relativi alle note 1,2 e 3 (specificare)

**2.- [ ] per il RINNOVO. Allega i seguenti documenti:**

se autorizzazione era stata rilasciata a tempo indeterminato

- certificazione **in originale** del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ che attesta il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione; (data certificazione non antecedente i mesi 6 dalla data della presentazione richiesta rinnovo)
- **n. 1 Fotografia a colori formato tessera recente;**
- **Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente**
- **Permesso scaduto**

se autorizzazione era stata rilasciata a tempo determinato

- **certificazione in originale** dell'ufficio medico-legale della ASL di appartenenza **attestante le difficoltà deambulatorie**, in data: \_\_\_\_\_;
- **n. 1 Fotografia a colori formato tessera recente**
- **Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente**
- **Permesso scaduto**

Gli eventuali documenti relativi alle note 1,2 e 3 (specificare)

---

**3.- [ ] per il *DUPLICATO* dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ scadente il \_\_\_\_\_ a suo tempo rilasciata *in caso di smarrimento* [ ] *oppure furto* [ ] *con denuncia in data* \_\_\_\_\_.**

- allega copia denuncia
- **n. 1 Fotografia a colori formato tessera recente;**
- **Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente**

**4.- [ ] per la *RIEMMISSIONE PER ERRATA TRASCRIZIONE* dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ scadente il \_\_\_\_\_ allega copia dell'atto con indicazione dell' errore .**

- **n. 1 Fotografia a colori formato tessera recente**
- **Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente**

Gli eventuali documenti relativi alle note 1,2 e 3 (specificare)

---

1 Produrre documenti comprovanti la tutela

2 Specificare e allegare la documentazione attestante la legittimazione alla richiesta per nome e per conto dell'interessato

3 Allegare copia del documento di identità o equipollente dell'interessato se diverso dal richiedente

4 Si ricorda che ai sensi dell'articolo 71 del citato D.P.R., le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'articolo 46.

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessità che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche:

- 1) \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 196/2003)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti. Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003. Il Responsabile del trattamento dati è il Dott. Roberto Cilano.

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Il Titolare o Genitore/Tutore**

\_\_\_\_\_

**Il ritiro degli atti può avvenire anche tramite la persona delegata che dovrà firmare per ricevuta e fornire proprio documento di identità personale.**

**Delega ritiro documentazione:**

**Il sottoscritto.....delega**

**Il Sig.....nato .....**

**il.....documento identità n. ....**

**Rilasciato da .....**

**Con scadenza il .....**

**Al ritiro della documentazione e del contrassegno disabili a me intestati.**

**Data.....**

**Firma .....**



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. ( \_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_ )  
in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,

in qualità di:  titolare di verbale di invalidità  
 genitore / tutore del minore \_\_\_\_\_  
 legale rappresentante di \_\_\_\_\_

ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni e in ottemperanza all'art. 4.2 del D.L n. 5 del 09/02/2012 (convertito in L. 35 del 04/04/2012)

**D I C H I A R O**

sotto la mia personale responsabilità, che la copia fotostatica, allegata alla presente dichiarazione, relativa a verbale attestante

- STATO DI INVALIDITÀ CIVILE DELLE CONDIZIONI VISIVE E DI SORDITA' n. \_\_\_\_\_
- CONDIZIONE DI HANDICAP n. \_\_\_\_\_
- LA VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DELLA PENSIONE N. \_\_\_\_\_

rilasciato dall'INPS/ASL nell'accertamento del \_\_\_\_\_

- E' CONFORME ALL'ORIGINALE, SENZA MODIFICA O ALTERAZIONE ALCUNA, NEI DATI E NELLE INFORMAZIONI.
- NON HA SUBITO ALCUNA REVOCA, MODIFICA O SOSPENSIONE DALLA DATA DI RILASCIO.

D A T A

In Fede

