

ALL'UFFICIO DI POLIZIA LOCALE
DEL COMUNE DI SALTIRIO' (VA)
Via Cavour 37 – 21050 Saltrio' (VA)

Esente da imposto di bollo c'sensi
dell'art. 33. c. IV° lett. C)
"Legge finanziaria 2001" in vigore dal
01.01.01

Fotografia
+
1 fotografia da apporre
sul retro del permesso

Riservato all'Ufficio

	RINNOVO	N. Prot.
	NUOVO	
	SOSTITUZIONE	
	DUPLICATO	
<u>Scadenza</u>		

RITIRATO DAL SIG.^{re/ra}

IL _____	sigla dip.
----------	------------

RICHIESTA "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"

In applicazione dell'art. 381 del D.L.vo 16.12.1992 n. 495 e s.m.i., il/la sottoscritto/a:

Cognome: _____ **Nome:** _____

nato a : _____ **il:** _____

residente a: _____ **in Via/ Piazza :** _____ **n.:** _____

n. tel.: _____

CHIEDE

- ☐ il **RILASCIO** del "contrassegno di parcheggio per disabili"
previsto dal citato art. 381 del D.L.vo 16.12.1992 n. 495 e s.m.i.
- ☐ il **RINNOVO**, essendo già titolare del contrassegno nr. _____
rilasciato dal Comune di _____ in data _____ ed avente scadenza il _____
- ☐ la **SOSTITUZIONE**, essendo già titolare del contrassegno nr. _____
rilasciato dal Comune di _____ in data _____ ed avente scadenza il _____
con il nuovo "contrassegno di parcheggio per disabili" modello Europeo

Il rilascio di un DUPLICATO per:

- ☐ **DETERIORAMENTO**
- ☐ **SMARRIMENTO / FURTO** (presentare copia denuncia fatta all'autorità competente)

Con l'apposizione della firma, si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella presente istanza.

Firma

Saltrio, _____

Documentazione da allegare:

- ☐ 2 fotografie recenti, formato tessera
- ☐ fotocopia documento d'identità

- per contrassegni di nuova emissione:

- ☐ specifico certificato medico A.S.L. oppure verbale della Commissione Sanitaria della Regione Lombardia che riconosca l'invalidità specificata ad uno dei seguenti punti 5), 6) o 9), con esclusione degli altri punti non considerati idonei dall'A.S.L., per il rilascio del contrassegno in questione
- ☐ verbale definitivo I.N.P.S. ai sensi dell'art. 20 comma 1 Legge 03.08.2009 n. 102 con dicitura "INVALIDO con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita"

- per il rinnovo dei soli contrassegni con validità 5 anni / illimitati:

- ☐ certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio precedente

- per il rinnovo dei soli contrassegni con validità a tempo determinato:

- ☐ specifico certificato medico A.S.L.

All'atto del ritiro del "contrassegno di parcheggio per disabili", l'intestatario dovrà apporre la propria firma sul retro dello stesso

Nel caso di sostituzione con il nuovo "contrassegno di parcheggio per disabili" modello Europeo, all'atto del ritiro dello stesso dovrà altresì essere riconsegnato il vecchio contrassegno.

In caso di impossibilità all'effettuazione delle pratiche inerenti il rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili", è facoltà del richiedente, delegare (con apposito modulo predisposto) persona di fiducia all'espletamento delle pratiche in questione.

La persona delegata assumerà qualsiasi responsabilità in merito a quanto trattato dalla delega ricevuta.

Dovrà altresì essere presentata, unitamente alla delega, originale della Carta d'Identità del richiedente e del delegato.