



Città di Corbetta
Settore Sicurezza
Servizio Servizi Amministrativi

AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA PROROGA DELLA SCADENZA CONTRASSEGNO DISABILI

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____ C.F. _____
residente a _____ (____) in via _____

in qualità di:

- ☐ intestatario del contrassegno disabili n. _____ con scadenza il _____
- ☐ delegato dell'intestatario del contrassegno disabili n. _____ con scadenza
il _____, sig/sig.ra _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____ C.F. _____
residente a _____ (____) in via _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

che il titolare del contrassegno:

- ☐ è stato convocato alla visita della commissione medica il giorno _____
 - ☐ è in attesa di essere convocato a visita medica di revisione
- e pertanto, ai sensi dell'articolo 25, comma 6-bis del D.L. n. 90 del 2014 Legge n. 114 del 2014,

CHIEDE

la proroga della validità del contrassegno sopraindicato fino alla data della visita della commissione medica competente impegnandosi a dare riscontro dell'esito all'Ente.

ALLEGA:

- ☐ documento di identità del titolare del contrassegno
- ☐ lettera di convocazione alla visita commissione medica

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
