



COMUNE DI TACENO

Provincia di Lecco

Modulo di Richiesta di rilascio del relativo Contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 384 del DPR 16/12/1992, n.495).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

cognome e nome in stampatello

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE IN TACENO, IN _____

RECAPITO TELEFONICO _____ C.F. _____

CHIEDE A FAVORE DI

- Sé stesso;
- In qualità di Esercente la potestà genitoriale del minore;
- Tutore o altro da specificare _____

Per nome e per conto di _____

cognome e nome in stampatello della persona invalida

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE IN TACENO, IN _____

RECAPITO TELEFONICO _____ C.F. _____

Barrare la casella che interessa:

- il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.**

A tale scopo allega:

- certificazione medica in originale rilasciata dall'A.S.L. attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art. 12, c.3 DPR 503/96);
- **OPPURE** verbale della Commissione medica integrata di cui all'art.20,m del D.L. 01.07.2009, n.78, convertito con modificazioni, dalla legge 03.08.09 n.102, **che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno**, da presentare in copia con Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale di copia 8D.P.R. 28.12.2000, N.445);
- n.1 fotografia formato tessera a colori recenti ed uguali;

- Il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità inferiore a 5 anni.**

A tale scopo allega:

- certificazione medica in originale rilasciata dall'A.S.L. attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- contrassegno scaduto;
- n.1 fotografia formato tessera a colori recenti ed uguali;

Il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità di 5 anni.

A tale scopo allega:

- certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente “**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**”;
- contrassegno scaduto;
- n.1 fotografia formato tessera a colori recenti ed uguali;

Taceno, _____
Data *Firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)*

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- certificazione medica in originale rilasciata dall’A.S.L. attestante l’effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art. 12, c.3 DPR 503/96);
- copia fotostatica del verbale della Commissione medica integrata di cui all’art.20,m del D.L. 01.07.2009, n.78, convertito con modificazioni, dalla legge 03.08.09 n.102, **che riporti anche l’esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno**;
- copia fotostatica del documento d’identità del delegante;
- copia fotostatica del documento d’identità del delegato;
- certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”;
- contrassegno scaduto.

DELEGA DI AUTORIZZAZIONE:

Io sottoscritto/a _____ delego il/la
Signor/a _____ alla gestione della pratica ed al ritiro del contrassegno.
Taceno, _____
<i>Data</i> <i>Firma del delegante</i>
<i>Firma del delegato</i>

Al fine del rilascio il sottoscritto Sig,r/Sig.ra _____, come meglio sopra generalizzato, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall’art. 381 del regolamento di cui al DPR 16.12.92 n.495, che giustificano la presente e allega la documentazione richiesta, della qualew dichiara la rispondenza all’originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni dalla data di oggi.

In fede
