

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA DISABILE

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____/____/____ C.F. _____

residente in _____ n. _____

tel. _____ cell. _____ E-mail _____

CHIEDE il rilascio del contrassegno disabili*(DICHIARAZIONE ex artt. 47/75/76 D.P.R. n. 445/2000)*Dati del tutore esercente la patria potestà del minore

nato/a _____ il ____/____/____ C.F. _____

residente in _____ n. _____

 IL RILASCIO

del contrassegno di parcheggio per disabili, ai sensi dell'articolo 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada, per la circolazione e la sosta dei veicoli al proprio servizio con validità:

 PERMANENTE (massimo 5 anni) **TEMPORANEA** fino al _____

Allega:

 Certificato medico, **in originale**, rilasciato dall'ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale, attestante la effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (**l'ufficio tratterrà il certificato originale**). Certificato, **in originale**, della Commissione per l'accertamento di invalidità, attestante la effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. (rientrano nella categoria anche i "non vedenti") (**l'ufficio tratterrà una fotocopia del certificato, restituendo l'originale**) Fotocopia del documento d'identità **N. 1 Fototessera a colori del titolare del contrassegno** **IL RINNOVO** del contrassegno di parcheggio per disabili n. _____

Allega, a seconda della tipologia di contrassegno rilasciato in prima istanza o già rinnovato in precedenza:

 Certificato, **in originale**, della Commissione per l'accertamento di invalidità, attestante la effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. (rientrano nella categoria anche i "non vedenti") (**l'ufficio tratterrà una fotocopia del certificato, restituendo l'originale**) Certificato medico, **in originale**, rilasciato dal proprio medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno (**l'ufficio tratterrà il certificato originale**). Certificato medico, **in originale**, rilasciato dall'ufficio medico legale dell'Unità Sanitaria Locale di competenza, in caso di rinnovo di contrassegno avente validità inferiore a 5 anni, recante l'indicazione del periodo di proroga da applicare per il rinnovo del contrassegno (**l'ufficio tratterrà il certificato originale**). Il contrassegno scaduto di validità Fotocopia del documento d'identità **N. 1 Fototessera a colori del titolare del contrassegno**

IL DUPLICATO del contrassegno di parcheggio per disabili n. _____ per:

furto smarrimento deterioramento

Allega: denuncia di furto o smarrimento il contrassegno deteriorato **N. 1 Fototessera a colori del titolare del contrassegno**

Dati dei veicoli prevalentemente utilizzati per accedere alle Zone a Traffico Limitato

Targa _____ intestata a _____

Targa _____ intestata a _____

Targa _____ intestata a _____

*Dalla III^ targa, la dichiarazione dovrà essere comunicata alla Polizia Locale al **N. VERDE 800-505454** o consegnata al Comando Polizia Locale – Ufficio Verbali oppure fatta pervenire a mezzo posta o a mezzo fax (0376/379318 - 338845).*

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. _____

3) _____ tel. cell. _____

Dichiara altresì di essere a conoscenza che

- il contrassegno di norma è valido 5 anni. Nel caso le capacità di deambulazione impedito o sensibilmente ridotte siano temporanee il contrassegno ha validità limitata al periodo indicato sullo stesso;
- l'utilizzo del contrassegno è subordinato esclusivamente all'attività di trasporto del disabile;
- il contrassegno deve essere esposto, in originale, nella parte anteriore del veicolo, in modo che sia chiaramente visibile per i controlli. La mancata o irregolare esposizione sarà sanzionata a norma di legge;
- è previsto il ritiro del contrassegno, nonché eventuali sanzioni amministrative e/o penali se utilizzato impropriamente, scaduto di validità o contraffatto.
- Il contrassegno non potrà essere più utilizzato nel caso vengano a mancare i requisiti sopra dichiarati

FIRMA DEL TITOLARE PASS _____ Data _____
(documento identificativo)

=====

Io sottoscritto/a _____ residente in _____

DELEGA ALLO SVOLGIMENTO PRATICA E AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO DISABILE

Il Signor/ra _____

FIRMA DEL TITOLARE PASS _____

FIRMA DEL DELEGATO _____

(documento identificativo se non già agli atti o conosciuto da ufficio)

=====

FIRMA SUL CONTRASSEGNO

Io sottoscritto/a _____ delegato al ritiro del contrassegno disabile

Residente in _____ Via _____

Tel. _____ E.mail _____

DICHIARO

(DICHIARAZIONE ex artt. 47/75/76 D.P.R. n. 445/2000)

di far apporre la firma del titolare nell'apposito spazio sul contrassegno per disabili che ho ritirato.

La mancanza della firma delegittima la validità del contrassegno.

FIRMA DEL DELEGATO _____

===== **PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO** =====

RILASCIATO CONTRASSEGNO N. _____ IN DATA _____

Inviata comunicazione targhe alla Polizia Locale in data _____

L'incaricato _____