

**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 Verbalisti 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_