

**Qualora
trattasi di
invalidità
permanente
la richiesta è
esente da
marca da bollo**

(Marca da Bollo)

Al Sig. COMANDANTE del Comune di LIMBADI

OGGETTO:

Richiesta rilascio autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone non vedenti o con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a _____

Codice fiscale _____ Indirizzo Mail (se posseduto) _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92);
A tale scopo allega (**BARRARE a) o b)**):

- a) Certificato originale di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciato dalla ATS (art. 381 D.P.R. 495/1992);

OPPURE

- b) Verbale ai sensi della Legge n. 104/92 indicante uno dei seguenti requisiti (BARRARE 1, 2, 3 o 4):

1. Riconoscimento dell'art. 381 del DPR 495/92;
2. Sussistono i requisiti per il contrassegno parcheggio disabili;
3. Impossibilità a deambulare ai sensi della Legge n. 18/80 oppure della Legge n. 508/88;
4. Cecità (condizione di cieco assoluto o cieco parziale ai sensi delle Leggi n. 382/70 oppure n. 508/88).

ATTENZIONE, PER OTTENERE IL CONTRASSEGNO A SEGUITO DI PRESENTAZIONE DI VERBALI CUI AL PUNTO b), E' NECESSARIO CHE ALMENO UNO DEI REQUISITI SOPRA INDICATI (1, 2, 3 o 4), O I RIFERIMENTI NORMATIVI, SIANO ESPRESSAMENTE RIPORTATI NEL VERBALE DI ACCERTAMENTO/HANDICAP – QUALORA MANCASSE IL RICHIAMO AD ALMENO UNA DELLE CASISTICHE E' NECESSARIO RECARSI IN COMMISSIONE ATS PER L'OTTENIMENTO DI APPOSITO CERTIFICATO CUI AL PUNTO a).

ALLEGARE INOLTRE:

- Documento d'identità;
- N. 01 fotografia formato tessera;

RINNOVI/SMARRIMENTI/FURTI/DETERIORAMENTI

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità di 5 anni (originariamente rilasciato a tempo indeterminato);

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".
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N. 01 fotografia formato tessera;

Chiede la sostituzione del contrassegno invalidi n. _____ in quanto Smarrito/Deteriorato/Rubato;

A tale scopo allega:

- Denuncia di Smarrimento/Furto (Nel caso di Smarrimento/Furto)
- Documento d'identità;
- N. 01 fotografia formato tessera;
- Contrassegno deteriorato (Nel caso di deterioramento);

NOTA BENE

I CONTRASSEGNI RILASCIATI A TEMPO DETERMINATO NON SONO RINNOVABILI. E' NECESSARIO- RIPRESENTARE LA PRATICA ALLE CONDIZIONI DEL PRIMO RILASCIO .

Limbadili _____

Data

Firma del richiedente

MINORI – CURATORI – TUTORI - DELEGHE

NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RICHIESTO PER IL/LA FIGLIO/A MINORE LA RICHIESTA E' PRESENTATA DA (ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA'):

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a _____

Codice fiscale _____ Indirizzo Mail (se posseduto) _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Nella sua qualità di _____

Limbadi _____

Data

Firma del richiedente

NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RICHIESTO DA CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE) LA RICHIESTA E' PRESENTATA DA:

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a _____

Codice fiscale _____ Indirizzo Mail (se posseduto) _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Nella sua qualità di _____

Limbadi _____

Data

Firma del richiedente

NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RITIRATO DA ALTRA PERSONA (ALLEGARE DOCUMENTI D'IDENTITA' ANCHE DEL DELEGATO)

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a _____

Codice fiscale _____ Indirizzo Mail (se posseduto) _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

E' da me delegato al ritiro del mio contrassegno invalidi.

Località

Data

Firma del delegante

Località

Data

Firma del delegato

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Limbadi. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere

alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.