

Al Signor SINDACO
del Comune di
CALVISANO (Bs)

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER DISABILI AI SENSI DEL D.P.R. 24 LUGLIO 1996, N. 503 D.P.R. 16 DICEMBRE 1992, N. 495. (Art. 188 Codice della Strada) E SUCCESSIVE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONI.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a Calvisano (Bs) in

via _____ n. _____ recapito telefonico: _____

Riquadro da compilare solo nel caso in cui la domanda venga sottoscritta per conto di altra persona (es. minori)

In nome e per conto di _____

nato/a il _____ a _____

residente a Calvisano (Bs) in via _____ n. _____

CHIEDE

☐ il rilascio *oppure* ☐ il rinnovo del contrassegno n. _____ del _____

☐ il duplicato per smarrimento/furto/deterioramento del contrassegno n. _____ del _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di decesso, trasferimento della propria residenza in altro Comune;
- che l'uso del contrassegno è personale;
- di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo potrà essere ritirato, sospeso e che l'utilizzatore sarà soggetto alle sanzioni previste;
- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.76 del D.P.R.445/2000).

Calvisano, _____

Firma del richiedente (*)

(*) *Qualora il richiedente fosse impossibilitato a firmare, può apporre la firma un familiare/delegato munito del documento di identità proprio e del richiedente.*

Documentazione Allegata:

☐ foto recente della persona con disabilità, in formato tessera e stampata su carta fotografica;

☐ documento d'identità della persona con disabilità e dell'eventuale delegato;

in caso di delega

☐ delega in carta semplice, oppure atto di nomina a legale rappresentante del disabile

☐ documento d'identità del delegato

☐ certificato di deambulazione sensibilmente ridotta in originale, rilasciato dalla ASST di competenza, servizio di Medicina legale.

In alternativa al certificato di deambulazione è possibile presentare:

☐ verbale di invalidità *oppure* verbale handicap L.104/92

che dimostrino il possesso di uno dei seguenti requisiti:

- condizione di disabilità ai sensi dell'art. 381 del DPR 495/92:

- condizioni per l'ottenimento del contrassegno parcheggio disabili:

- indennità di accompagnamento per invalidità al 100%, con necessità di assistenza continua o impossibilità a deambulare senza accompagnatore, stabilita e riconosciuta ai sensi di legge;

- cecità (condizione di cieco assoluto o cieco parziale, stabilita e riconosciuta ai sensi di legge).

☐ Contrassegno scaduto e relativa autorizzazione allegata.

☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesta l'autenticità e la validità del verbale consegnato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Io sottoscritt _____, nat ____ a _____
Prov. (____) il _____, residente a _____ Prov. (____)
in Via _____ N° _____,

in qualità di: ☐ titolare di verbale di invalidità
☐ genitore / tutore del minore _____
☐ legale rappresentante di _____

ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni e in ottemperanza all'art. 4.2 del D.L n. 5 del 09/02/2012 (convertito in L. 35 del 04/04/2012)

D I C H I A R O

sotto la mia personale responsabilità, che la copia fotostatica, allegata alla presente dichiarazione, relativa a verbale attestante

- STATO DI INVALIDITÀ CIVILE DELLE CONDIZIONI VISIVE E DI SORDITA' n. _____
- CONDIZIONE DI HANDICAP n. _____
- LA VERIFICA DELLA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DELLA PENSIONE N. _____

rilasciato dall'INPS/ASL nell'accertamento del _____

- ☐ E' CONFORME ALL'ORIGINALE, SENZA MODIFICA O ALTERAZIONE ALCUNA, NEI DATI E NELLE INFORMAZIONI.
- ☐ NON HA SUBITO ALCUNA REVOCA, MODIFICA O SOSPENSIONE DALLA DATA DI RILASCIO.

D A T A

In Fede