

Protocollo

Marca da bollo
Euro 16,00
(solo in caso di rinnovo
inferiore a 5 anni o di duplicato)

al **Sig. Sindaco**
Città di Medicina
Via Libertà n. 103 (BO)
C.A.P. 40059

RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

La/il sottoscritta/o _____ nata/o il _____ a _____
residente a Medicina in Via/P.zza _____
Tel./Cell. _____ Email _____

In qualità di:

- avente diritto al contrassegno
- esercente la patria potestà e/o tutore (rif. Tutela _____) dell'avente diritto al contrassegno:

cognome e nome _____

nata/o a _____ il _____ residente a Medicina in

Via/P.zza _____ Tel./Cell. _____

Email _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decadono i benefici conseguenti al provvedimento,

CHIEDE

- il rilascio
- il rinnovo del contrassegno n. _____
- il duplicato del contrassegno n. _____

DICHIARA

- di avere i requisiti sanitari ed anagrafici per richiedere l'autorizzazione di cui al DPR 151/2012;
- che l'autorizzazione sarà ad esclusivo uso personale;
- di non essere in possesso di altra autorizzazione rilasciata da altro Comune;

SI IMPEGNA

- a restituire l'autorizzazione in caso di decadenza dei diritti che ne hanno consentito il rilascio (decesso, scadenza)
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta (indirizzo di residenza, recapiti, etc)

La/il sottoscritta/o esprime il proprio consenso ai sensi del DPR 196/2003 e dell'art. 58 L. 120/2010 al trattamento dei propri dati personali che si renda necessario in relazione alla presente domanda e alle conseguenti procedure esonerando in tal senso l'Ente da qualsiasi responsabilità relativa.

ALLEGA

Per il primo rilascio

1. n. 1 foto-tessera
2. documento di riconoscimento
- certificazione medica (**solo per cecità assoluta**)

oppure

- verbale della commissione medico-legale INPS in cui è riconosciuta la GRAVITÀ DELL'HANDICAP nella MOBILITÀ;

oppure

- certificato dell'Ufficio di Igiene dell'Azienda USL di competenza nel quale è indicato per quanti anni viene autorizzato l'utilizzo del contrassegno;

Per il rinnovo

- rinnovo di contrassegno precedente valido per un **periodo inferiore a 5 anni**:
 1. n. 1 foto-tessera
 2. documento di riconoscimento
 3. n. 2 marche da bollo da € 16,00
 4. certificazione medica: certificato dell'Ufficio di Igiene dell'Azienda USL di competenza nel quale è indicato per quanti anni viene autorizzato l'utilizzo del contrassegno
- rinnovo di precedente contrassegno valido per un **periodo di 5 anni**:
 1. n. 1 foto-tessera
 2. documento di riconoscimento
 3. certificazione medica: certificato del medico curante confermando il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio

Per il duplicato

1. n. 1 foto-tessera
2. documento di riconoscimento
3. n. 1 marca da bollo da € 16,00
4. per il contrassegno da duplicare:
 - in caso di smarrimento: denuncia rilasciata dai Carabinieri
 - in caso di deterioramento: contrassegno deteriorato

Medicina, _____

Firma del dichiarante _____