

Marca da bollo  
€. 16,00

SOLO IN CASO DI  
INVALIDITA' TEMPORANEA

## RICHIESTA CONTRASSEGNO DISABILI

Egregio Sig. Sindaco  
del Comune di ASCIANO  
Corso Matteotti, 45  
53041 Asciano (SI)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### A causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

		<b>CHIEDE</b>	
RILASCIO	<input type="checkbox"/>		<b>Commento:</b> Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea
RINNOVO CONTR. N°.....	<input type="checkbox"/>	Del contrassegno invalidi dal D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 e dal D.P.R. 24 Luglio 1999 n.505	<b>Commento:</b> Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea
DUPLICATO	<input type="checkbox"/>		<b>Commento:</b> Richiesta non in bollo. Si ritira il vecchio tesserino e dichiarazione sostitutiva atto notorio. Il nuovo tesserino stesso numero
SOSTITUZIONE	<input type="checkbox"/>		<b>Commento:</b> Richiesta non in bollo. Si ritira denuncia. Tesserino nuovo con numero diverso e identica scadenza

Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalide.

Il/la richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità (art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (art. 76 D.P.R.28.12.2000 n.445).

Allo scopo allega la seguente documentazione (barrare la parte che interessa):

- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Unita Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene richiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o impedita;
- Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il **PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO** (solo per il RINNOVO con validità 5 anni);
- Denuncia di furto o dichiarazione sostitutiva di notorietà in caso di smarrimento, recante il numero del contrassegno e la scadenza (solo in caso di SOSTITUZIONE);
- Originale deteriorato in caso di duplicato;
- N. 2 foto formato tessera.

La marca da bollo dovrà essere applicata solo in caso d'invalidità temporanea.

**Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

ASCIANO li \_\_\_\_\_

**FIRMA dell'avente diritto**

\_\_\_\_\_