

Richiesta Contrassegno disabili

Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Il/la sottoscritto/a nato/a a
in data / / C.F. residente a Villacidro (SU)
in via/piazza/ loc n°
tel/cell. mail/ pec

La presente sezione deve essere compilata con i DATI DEL BENEFICIARIO soltanto se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto del beneficiario.

IN NOME E PER CONTO DI:

Il/la sottoscritto/a nato/a a
in data / / C.F. residente a Villacidro (SU)
in via/piazza/loc n°
tel/cell. mail/ pec

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

- ☐ familiare convivente (allegare copia documenti di identità)
- ☐ familiare NON convivente munito di delega scritta (allegare delega con copia documenti di identità)
- ☐ tutore (indicare gli estremi dell'atto di nomina) atto del Tribunale di n°
- ☐ esercente potestà genitoriale sul minore disabile beneficiario;

CHIEDE

l'autorizzazione e il contrassegno di parcheggio disabili;

- ☐ **PRIMO RILASCIO;**
- ☐ **RINNOVO** per scadenza validità contrassegno n. _____ del ____/____/____;
- ☐ **DUPLICATO** per: ☐ Smarrimento ☐ deterioramento ☐ furto;

Il/La richiedente, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente dichiarazione come previsto dall'art.75 D.P.R.445/2000.

Allo scopo si allega la documentazione sottoindicata.

Villacidro _____

firma _____

Dichiara altresì di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. Europeo 2016/679. e successive modificazioni, compresa la legge 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si autorizza inoltre l'utilizzo del numero di telefono indicato per le comunicazioni anche eventualmente via sms di cui alla legge 150/2000.

Villacidro _____

firma _____

Documentazione da allegare:

Primo rilascio:

- certificato medico-legale rilasciato dall'ASL/INPS competente, dal quale risulta che nella visita medica è stata espressamente accertata l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- fotocopia documento d'identità e codice fiscale;
- n. 1 fotografia formato tessera;

Rinnovo con certificazione medica definitiva:

- certificato medico rilasciato dal proprio medico curante, dal quale risulta espressamente il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al primo rilascio;
- fotocopia documento d'identità
- n. 1 fotografia formato tessera;
- riconsegna del vecchio contrassegno al momento del ritiro del nuovo;

Rinnovo con certificazione medica soggetta a revisione:

- nuovo certificato medico-legale rilasciato dall'ASL/INPS competente, dal quale risulta che nella visita medica è stata espressamente accertata l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- fotocopia documento d'identità e codice fiscale;
- n. 1 fotografia formato tessera;

Duplicato

- Verbale di denuncia sporta presso _____ in data _____
- n.1 fotografia formato tessera;

La seguente documentazione va presentata a mano all'ufficio protocollo generale o telematicamente ai seguenti indirizzi: protocollo@comune.villacidro.vs.it oppure protocollo.villacidro@pec.it (in caso di invio telematico la fotografia formato tessera deve essere consegnata presso l'Ufficio della Polizia Locale).