

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
3. n.2 marche da bollo (in caso di rilascio contrassegno temporaneo)
4. Una delle seguenti certificazioni:

- 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 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 rinnovo di precedente contrassegno 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. certificato dell'Ufficio di Igiene dell'Azienda USL di competenza o verbale della commissione medico-legale INPS nel quale è indicato per quanti anni viene autorizzato l'utilizzo del contrassegno

Per il duplicato

1. n. 1 foto-tessera
2. documento di riconoscimento
3. n. 2marca 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 di chi dichiara _____