

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI CROTONE

Il/La sottoscritto/anato/a.....il.....

E residente a.....nella qualità di.....del disabile
Sig.re/a.....nato/a a.....il.....e
residente a CROTONE in Via
*consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come
previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;*

CHIEDE

- ☐ IL RILASCIO del contrassegno per il parcheggio invalidi;
- ☐ IL RINNOVO del contrassegno per il parcheggio invalidi n. rilasciato in data
.....
- ☐ IL DUPLICATO del contrassegno per il parcheggio invalidi n. rilasciato il
scadenza per ☐ smarrimento ☐ deterioramento ☐ furto

dichiara di essere a conoscenza che:

1. l'uso del contrassegno è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
2. non può essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato da altro Comune;
3. il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

Crotone,

firma

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

✓ IN CASO DI RILASCIO O DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO CON VALIDITA' INFERIORE A CINQUE ANNI:

- ❖ Fotocopia documento di identità dell'invalido e del richiedente;
- ❖ Certificato rilasciato dall'A.S.L. n. 5, Ufficio di Medicina Legale che attesti la condizione di non vedente o di persona con ridotte o impedito capacità motorie/deambulatorie;
- ❖ IN ALTERNATIVA AL PREDETTO CERTIFICATO MEDICO:
- ❖ Copia Fotostatica del Verbale della Commissione medica integrata di cui all'art. 20 del D.L. 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modifica dalla legge 3 agosto 2009, che riportano anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'art. 381 del decreto del Presidente della repubblica 16/12/1992, n. 495 e successive modifiche ed integrazioni.
- ❖ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da stilare al momento della richiesta, sulla conformità del verbale della commissione medica integrata;
- ❖ Al momento della richiesta deve essere esibito, in originale, il verbale della commissione medica integrata per la visione
- ❖ Il contrassegno scaduto (in caso di rinnovo).

IN CASO DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO CON VALIDITA' QUINQUENNALE:

- ❖ Certificazione del Medico curante attestante che l'interessato per la patologia di cui soffre ha ridotte ed impedito capacità motorie/deambulatorie e che pertanto, sussistono le condizioni che hanno origine al rilascio del contrassegno parcheggio invalidi;
- ❖ Fotocopia documento di identità dell'invalido e del richiedente;
- ❖ Contrassegno scaduto.

La richiesta di rinnovo o di rilascio inoltrata da persona diversa dall'interessata (congiunto) deve essere corredata da delega debitamente firmata dal disabile se maggiorenne.

✓ IN CASO DI RICHIESTA DI DUPLICATO:

- ❖ Fotocopia documento di identità;
- ❖ In caso di smarrimento o furto: denuncia di smarrimento o furto all'autorità di P.g.;
- ❖ In caso di deterioramento: il contrassegno deteriorato.

Il contrassegno ha la durata massima di cinque anni, è personale, non vincolato al veicolo utilizzato ed ha valore su tutto il territorio nazionale.

Rilasciato contrassegno n. _____ in data _____
Per ritiro: data _____ ora _____ firma _____