

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Al Sig. Sindaco del Comune
di Lipari
Piazza Mazzini, 1
Pec: protocollo@pec.comunelipari.it

Il/la sottoscritto/a _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

nato/a il _____ a _____ provincia _____ residente a
Lipari (ME) in via / p.zza _____ n° _____ cell. _____



(inserendo il n° di cellulare sopraesposto, si autorizza l'ente ad inviare messaggi via SMS relative alla propria autorizzazione)

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92) con validità di anni _____;

A tale scopo allega:

- Copia verbale della commissione per l'accertamento dello stato di invalidità civile, attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 DPR 495/92 - art. 4 comma 1 Decreto Legge n. 5/2012). Oppure certificazione dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza.
- Copia documento d'identità.
- Compilare autocertificazione posta sul retro dello stampato (art.4 comma 2 D.L. n. 5/12).
- n° 2 foto tessera a colori.
- _____
- 1° targa _____ 2° targa _____

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ N° parcheggio personalizzato _____

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno" (per rinnovo contrassegno con validità permanente);
- Copia verbale della commissione per l'accertamento dello stato di invalidità civile, attestante la ridotta capacità di deambulazione, o certificazione medico legale ASL (art. 381 DPR 495/92 - art. 4 comma 1 Decreto Legge n. 5/2012) per rinnovo contrassegni con validità inferiore a 5 anni;
- Autocertificazione che il verbale della commissione per l'accertamento di invalidità è conforme all'originale, e non è stato revocato, sospeso o modificato (art. 4 comma 2 D.L. n. 5/12).
- Copia documento d'identità.
- n° 2 foto tessera a colori del disabile e contrassegno scaduto.

Chiede il duplicato del contrassegno invalidi n. _____

A tale scopo allega:

- Denuncia dell'avvenuto smarrimento presentata all'autorità giudiziaria;
- Copia documento d'identità;
- Contrassegno precedentemente rilasciato in caso di deterioramento.
- n° 2 foto tessera a colori

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
- che l'uso del contrassegno è personale;
- di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art. 76 del DPR n. 445/2000).

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del D. L.vo 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattenimento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Lipari – Piazza Mazzini, 1. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Lipari (ME) o di altre società nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D. L.vo 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Lipari, _____
Data

firma del richiedente

IN CASO DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore);
- documento d'identità del delegato.

AUTOCERTIFICAZIONE GENERICA

(art.2legge 4 gennaio 1968, n.15 come modificato dall'art.3, comma 10,
Legge 15.05.1997, n.127 dal D.P.R. 20.10.1998, n.403 e succ.modifiche e integrazioni)

Il/la Sottoscritto/a _____

c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) via _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che la copia del verbale della commissione per l'accertamento dello stato di invalidità civile, in allegato, tesa all'ottenimento del contrassegno automobilistico invalidi, è conforme all'originale e non è stato revocato, sospeso o modificato. (art. 4 comma 2 Decreto Legge n. 5/2012).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____, li _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)*

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato, ma deve essere corredata da una copia del documento di identità di chi autocertifica il presente atto (disabile o di un familiare).