

MARCA DA BOLLO

DA € 16,00

**Al Sindaco del
Comune di Scandiano**

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA ai sensi dell'art. 381, co. 4, del DPR 495/1992 e art. 12 del DPR 503/1996, per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie NON PERMANENTI.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a SCANDIANO in via _____ civico _____
telefono n° _____ e-mail _____
Documento di identità _____ n. _____

CHIEDE

- ☐ In nome e per conto PROPRIO
- oppure*
- ☐ In qualità di _____ (*genitore, tutore, amm.sostegno,...*) in nome e per conto DI:
Cognome e Nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a SCANDIANO in via _____ civico _____
tel. n° _____ Documento d'identità _____ n. _____

il rilascio/rinnovo del contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381, comma 4, del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 e art. 12 del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503, e a tal fine:

ALLEGA

- ☐ Certificato medico rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale - Servizio di Igiene Pubblica;
- oppure*
- ☐ Fotocopia del verbale sanitario della Commissione Medico Integrata per il riconoscimento dell'invalidità civile
- oppure*
- ☐ Fotocopia del verbale sanitario della Commissione Medico Integrata per il riconoscimento dell'handicap
- ☐ Una marca da bollo da € 16,00 da apporre sul contrassegno (*oltre a quella apposta alla presente domanda*);
- ☐ Due fotografie formato tessera (*cm.3,5x4,0*);
- ☐ Contrassegno scaduto (*in caso di rinnovo*);
- ☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- ☐ Altro: _____

Consapevole delle sanzioni penali in casi di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

(artt. 19 e 47 DPR 445/2000)

Che le copie allegate (*contrassegnare o indicare i documenti che si allegano in copia*) :

- ☐ Certificato medico rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale - Servizio di Igiene Pubblica;
- ☐ Fotocopia del verbale della Commissione medico integrata (*);
- ☐ Altro: _____

Sono conformi all'originale conservato presso (*contrassegnare o indicare il luogo ove si trova ogni originale allegato in copia*):

- ☐ Me stesso
- ☐ Altro: _____

Dichiaro altresì che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla ovvero sottoscritta e consegnata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, all'Ufficio competente.

Eventuale delega al ritiro del contrassegno

Il/La Sig. _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ in via _____ civico _____

- ☐ Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegato.

Scandiano, li _____

IL RICHIEDENTE

La certificazione rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL – Servizio Igiene Pubblica – non è necessaria solo per:

- ciechi assoluti, o con residuo visivo non superiore ad un ventesimo
- persone invalide se sul verbale della Commissione Medico Integrata risulta la dicitura "è invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381 del DPR 495/1992)" oppure se è specificato che "l'interessato possiede i requisiti di cui all'art.4 D.L.9 febbraio 2012, n.5, con riferimento alla capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381 del DPR 495/1992) che prevede il rilascio del contrassegno.