



## SETTORE – AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI

### SERVIZI DEMOGRAFICI/URP

**Ufficio Permessi Disabili** ( tel. 0522.764286 )

Richiesta contrassegno disabili –  
NON PERMANENTE

**MARCA DA BOLLO**

DA € 16,00

**AI 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 impedisce 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 indicate (*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.