

ESENTE DA BOLLO  
ai sensi dell'art.13-bis della Tabella  
"Allegato B" al DPR 26 ottobre 1972, n. 642

**Al Sindaco del  
Comune di Scandiano**

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA** ai sensi dell'art. 381, co. 2, del DPR 495/1992, come modificato dal DPR 151/2012, **per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie PERMANENTI.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in 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 in 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 2, del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, come modificato dal D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151, 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  
*oppure*
- ☐ Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (*solo in caso di rinnovo di permesso permanente*);
- ☐ 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 certificato di invalidità civile su modello ministeriale A-SAN (1a);
- ☐ Fotocopia del verbale della Commissione medico integrata (1b);
- ☐ 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.