

Marca da bollo € 16,00  
solo per contrassegni  
inferiori a 5 anni

**AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI GUAZZORA**

**Oggetto: Richiesta rilascio "Contrassegno di parcheggio per disabili"**

La/il sottoscritta/o

.....  
Nata/o il .....a.....Prov.....

.....  
Residente a GUAZZORA (AL) in Via/Piazza .....n.....  
tel. ....

**CHIEDE**

**Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:**

- Per se stesso
- Per il familiare

..... nata/o il .....  
a ..... e residente a Guazzora (AL) Via/Piazza  
.....n.....tel.....

**il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (art.381 del DPR 495/92 così come modificato dal D.P.R. n. 151/2012)**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dall' Unità Sanitaria Locale di appartenenza dal quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o lo stato non vedente (D.P.R. n.151/2012.);
- Verbale di invalidità civile attestante la dicitura "sussistono i requisiti per il rilascio dello speciale contrassegno" e/o "con difficoltà di deambulazione";
- Copia documento d'identità;
- n. 2 marche da bollo di € 16,00 (solo se il rilascio del "Contrassegno di parcheggio per disabili" è inferiore a 5 anni. La durata del contrassegno è

quella stabilita nella documentazione medica presentata);

n. 1 foto tessera.

**il rinnovo del contrassegno di parcheggio per disabili n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni;**

A tale scopo allega:

Certificato originale rilasciato dall' Unità Sanitaria Locale di appartenenza dal quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o lo stato non vedente (D.P.R. n. 151/2012.);

Copia documento d'identità;

n. 2 marche da bollo di € 16,00;

n. 1 foto tessera;

Contrassegno scaduto.

**il rinnovo del contrassegno di parcheggio per disabili n. \_\_\_\_\_ con validità 5 anni;**

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";

Copia documento d'identità;

n. 1 foto tessera;

Contrassegno scaduto.

.....  
 di effettuare **RESTITUZIONE** del "Contrassegno Invalidi" N° \_\_\_\_\_, appartenente a persona deceduta o trasferita in altro Comune.

Guazzora lì, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**NOTA INFORMATIVA ai sensi del D. Lgs. 163/2006.**

I dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per l'assolvimento dei compiti istituzionali, peraltro già noti all'interessato, attribuiti all'ufficio cui è indirizzata la richiesta, ai sensi delle Leggi e dei Regolamenti vigenti. Restano ferme, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 163/2006 le vigenti norme in materia di accesso ai documenti amministrativi, in quanto compatibili con la legge succitata.

L'AUTORIZZAZIONE POTRA' ESSERE RITIRATA PRESSO L'UFFICIO SEGRETERIA DI QUESTO COMUNE.

**AL RITIRO DOVRA' ESSERE PRESENTE IL TITOLARE DEL CONTRASSEGNO IN QUANTO LO STESSO DOVRA' ESSERE FIRMATO.**