

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

marca da bollo € 16:00

**SOLO IN CASO DI INVALIDITA'
TEMPORANEA**

Al Sindaco
del Comune di Montepulciano
Servizio di Polizia Municipale
Piazza Grande 1
53045 MONTEPULCIANO (SI)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ - TEL. _____

EMAIL _____ PEC _____

A causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

CHIEDE

RINNOVO	<input type="checkbox"/>	del contrassegno invalidi previsto dal D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 e dal D.P.R. 24 luglio 1999 n.505	Commento: Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea
RILASCIO	<input type="checkbox"/>		Commento: Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea
DUPLICATO	<input type="checkbox"/>		Commento: Richiesta non in bollo. Si ritira il vecchio tesserino e dichiarazione sostitutiva atto notorio. Il nuovo tesserino stesso numero e scadenza
SOSTITUZIONE	<input type="checkbox"/>		Commento: Richiesta non in bollo. Si ritira denuncia. Tesserino nuovo con numero diverso e identica scadenza

Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.

Il/la richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità (art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (art. 76 D.P.R.28.12.2000 n.445).

Allo scopo allega la seguente documentazione:

1. Verbale Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile al 100% e indennità di accompagnamento per non vedenti (RILASCIO O RINNOVO).;
2. Altri casi, dichiarazione rilasciata dall'Azienda A.S.L. competente per territorio (solo per il RILASCIO), in caso di RINNOVO INFERIORE AI 5 ANNI, oltre alla dichiarazione dell'ASL allegare anche contrassegno posseduto;
3. Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO (solo per il RINNOVO con validità 5 anni);
4. Denuncia di furto o dichiarazione sostitutiva di notorietà in caso di smarrimento, recante il numero del contrassegno e la scadenza (solo in caso di SOSTITUZIONE);
5. Originale deteriorato in caso di duplicato.
6. **n. 2 foto formato tessera**
7. fotocopia del documento di identità

La marca da bollo dovrà essere applicata solo in caso d'invalidità temporanea.

Dichiara di essere informato, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Montepulciano li _____

FIRMA dell'avente diritto
