

Al Signor Sindaco del Comune di  
CARINI

OGGETTO: Richiesta di  Rilascio  Rinnovo  Duplicato



Contrassegno di parcheggio per disabili -  
( D.P.R. n. 495 del 16/12/1992 - D.P.R. n. 151 del 30/07/2012 )

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a Carini (PA) in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_, in nome e per conto  
di \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Carini in via \_\_\_\_\_

**chiede**

**IL RILASCIO**

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale attestante che lo scrivente ha capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotte oppure copia del verbale della commissione medica **con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale**, che attesta una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

indeterminato

A tempo determinato fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL RINNOVO CONTRASSEGNO ( decorso il termine di 5 anni )**

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato dal medico curante o dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale.

**IL RINNOVO CONTRASSEGNO (durata della validità meno di 5 anni)**

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASP PALERMO - Distretto Sanitario n. 34 di Carini C.SO Italia n. 151 tel. 091-8620210), dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona, per la quale viene chiesta l'autorizzazione, ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente impedita / ridotta, **oppure** copia del verbale della commissione medica con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, che attesta una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

**IL DUPLICATO**

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega copia denuncia presentata presso un Organo di Polizia Giudiziaria

Carini, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

➤ **PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI**

1. Domanda al Sindaco di Carini, in carta semplice, nella quale si dichiara, sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustifichino la richiesta;
2. certificazione medica rilasciata dall' ufficio medico-legale dell' Azienda Sanitaria Locale (ASP PALERMO - Distretto Sanitario n. 34 di Carini C.SO Italia n. 151 tel. 091-8620210), dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona, per la quale viene chiesta l' autorizzazione, ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente impedita o ridotta, **oppure** copia del verbale della commissione medica **con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale**, che attesta una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
3. certificato di residenza della persona per la quale è richiesto il contrassegno o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
4. n. 2 fotografie
5. copia di un valido documento di riconoscimento;

➤ **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO ( decorso il termine di 5 anni )**

1. Domanda al Sindaco di Carini, in carta semplice;
2. Certificato rilasciato dal medico curante convenzionato A.S.L., che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno;
3. certificato di residenza della persona per la quale è richiesto il contrassegno o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
4. n. 2 fotografie
5. Contrassegno precedentemente rilasciato;
6. Copia di un valido documento di riconoscimento.

➤ **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO (durata della validità meno di 5 anni)**

1. Domanda al Sindaco di Carini, in carta semplice;
2. certificazione medica rilasciata dall' ufficio medico-legale dell' Azienda Sanitaria Locale (ASP PALERMO - Distretto Sanitario n. 34 di Carini C.SO Italia n. 151 tel. 091-8620210), dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona, per la quale viene chiesta l' autorizzazione, ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente impedita o ridotta, **oppure** copia del verbale della commissione medica con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, che attesta una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
3. certificato di residenza della persona per la quale è richiesto il contrassegno o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
4. n. 2 fotografie
5. Contrassegno precedentemente rilasciato;
6. Copia di un valido documento di riconoscimento.

➤ **PER DUPLICATO IN CASO DI FURTO, SMARRIMENTO O DETERIORAMENTO**

1. domanda al Sindaco di Carini, in carta semplice;
2. copia denuncia presentata presso un Organo di Polizia Giudiziaria;
3. contrassegno precedentemente rilasciato (in caso di deterioramento)
4. n. 2 fotografie