



COMUNE DI MASCALUCIA

Città Metropolitana di Catania

COMANDO POLIZIA LOCALE

RISERVATO ALL'UFFICIO

Contrassegno n. _____ del ____ - ____ - ____

ISTANZA RILASCIO O RINNOVO "CONTRASSEGNO PARCHEGGIO A PERSONA CON DISABILITA'"

(art. 188 d.Lgs. n. 285/92, art. 381 D.P.R. n.495/1992 modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 nel caso di false dichiarazioni, ai sensi di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, io sottoscritto

DICHIARO:

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ - ____ - ____ cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residente a Catania Via/ Piazza _____ n. _____,

recapito telefonico*: _____ / C.F. _____

email*: _____ (*indicare almeno uno per eventuali comunicazioni)

☐ curatore ☐ procuratore ☐ tutore ☐ amm. di sostegno (art. 5 DPR 28.12.2000, n. 445)

di Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ - ____ - ____ Luogo di nascita: Comune _____

Provincia(____)C.F. _____ residente a Catania Via/ Piazza _____ n. _____

1. L'uso del contrassegno è strettamente personale;
2. Non può essere in possesso di analoga autorizzazione rilasciata da altri Comuni;
3. Il contrassegno **deve essere restituito** in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del titolare, **entro 30 giorni**;

CHIEDE

(Barrare e completare il riquadro che interessa)

☐ **PRIMO RILASCIO**

Allegare copia dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.L. o I.N.P.S. per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile – Legge 104 riportante la non deambulazione(art. 381 D.P.R.495/92) oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti, (**art.12 co 3 D.P.R., n. 503/96**)

☐ **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO** N. _____ con scadenza il _____ Allegare: 1) certificato del medico curante che “confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno

☐ **CONTRASSEGNO TEMPORANEO** (durata inferiore a 5 anni)
Allegare originale dell’attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.L. per l’accertamento dello Stato di Invalidità Civile.
Allegare fotocopia della certificazione INPS per l’accertamento dello stato d’invalidità civile- Legge 104.

☐ **DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO** N. _____ con scadenza il _____ Restituire contrassegno al ritiro del duplicato.

☐ **DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO** N. _____ causa SMARRIMENTO o FURTO
Allegare denuncia.

DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig/ra _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____ Prov. (____) Via/Piazza _____
_____ Tel. _____ a presentare la richiesta .

Mascalucia, li _____

Il delegante _____

Il dichiarante _____

Il delegato _____

(firma per esteso e leggibile)

-di essere informato che ai sensi dell’art. 13 Regolamento U.E. n.2016/679, i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza, saranno oggetto di trattamento, così come previsto dalla normativa europea.

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Mascalucia che il responsabile del trattamento è il Responsabile dell’Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti.

Consegnato al richiedente o delegato |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| - Per Ricevuta _____

Visto Operatore _____

N.B: Oltre alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:
a) n. 2 foto tessera (dimensioni L 3,5 x h 4 cm.) recenti e uguali tra loro da presentare al ritiro del Contrassegno;
b) copia documento di identità in corso di validità, sia del richiedente che dell’eventuale delegato.
c) n.2 marche da bollo da 16 euro, per il contrassegno a persone con disabilità temporaneo.(D.P.R. 642/1972)