

**QUALORA
TRATTASI
DI INVALIDITA'
PERMANENTE
LA RICHIESTA
È ESENTE DA MARCA
DA BOLLO**

(Marca da Bollo)

AL COMUNE DI

- GREZZAGO
TREZZANO ROSA

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

ART. 381 D.P.R. 16 DICEMBRE 1992 N. 495

**SEZIONE DA COMPILARSI OBBLIGATORIAMENTE CON I DATI DEL SOGGETTO AL QUALE IL
CONTRASSEGNO INVALIDI SARA' INTESTATO**

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona diversamente abile

Nata/o il _____ a _____
data di nascita *località di nascita*

Residente a _____ in _____
via/piazza numero civico

Codice Fiscale

Indirizzo Mail

ISTRUZIONI COMPILAZIONE:

PAG. 2: PER LE NUOVE RICHIESTE;
PAG. 3: PER I RINNOVI A TEMPO INDETERMINITO A SCADENZA;
PAG. 4: SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO;
PAG. 4: FIRMA PER RICHIESTE CUI ALLE PAGINE 2/3/4;
PAGG. 5/6: DELEGHE.

RICHIEDE

(Barrare OBBLIGATORIAMENTE la casella)

- IL RILASCIO DI CONTRASSEGNO FINALIZZATO ALLA CIRCOLAZIONE ED ALLA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE (Art.381 D.P.R. 495/92 e Art. 188 D.Lgs 285/92);

A TALE SCOPO SI ALLEGÀ: (Barrare OBBLIGATORIAMENTE una delle due voci "A" o "B")

- **"A": CERTIFICATO ORGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA** rilasciato dalla ATS (art. 381 D.P.R. 495/1992);
- **"B": VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP** ottenuto ai sensi della Legge n. 104/92 con indicati uno dei seguenti requisiti

(Barrare OBBLIGATORIAMENTE, nella colonna di sinistra, quale/i requisito/i tra quelli nella tabella sotto indicata è riportato nel VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP)

	INDICAZIONE/RICONOSCIMENTO DI CAPACITA' SENSIBILMENTE RIDOTTA E RICHIAMO DELL'ART. 381 DEL D.P.R. 495/92
	CHE SUSSISTONO I REQUISITI PER IL RILASCIO/OTTENIMENTO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
	INEDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO CON RICHIAMO DELLA LEGGE 18/80
	INEDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO CON RICHIAMO DELLA LEGGE 508/88
	CECITA' – CONDIZIONE DI CIECO ASSOLUTO O CIECO PARZIALE CON RICHIAMO DELLA LEGGE 382/70

➤ ALLEGARE ALTRESI' OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE:

- DOCUMENTO D'IDENTITA'.
- N. 01 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA.
- RICEVUTA DI AVVENTO VERSAMENTO DEGLI ONERI E DEI DIRITTI DI ISTRUTTORIA/SEGRETERIA.

ALTRE INFORMAZIONI

Qualora venisse presentato uno dei modelli cui alla lettera **"B": VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP** all'interno del modello deve essere verificato che **NECESSARIAMENTE** contenga uno dei requisiti cui alla tabella sopra riportata. Non vi fosse indicato nessuno dei requisiti cui alla tabella sopra riportata **NON SI HA DIRITTO** al rilascio del **CONTRASSEGNO INVALIDI** ed è necessario munirsi presso l'ATS del modello **"A": CERTIFICATO ORGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA**.

RICHIEDE IL RINNOVO A SCADENZA

(Barrare e compilare la propria casistica di rinnovo "C" o "D")

"C": DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____

A TEMPO INDETERMINATO DAL COMUNE DI _____ SCADENZA _____

A TALE SCOPO SI ALLEGA (Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci):

- Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante che esplicitamente "**Conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**"
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N. 01 fotografia formato tessera;
- Ricevuta di avvenuto versamento degli oneri e dei diritti di Istruttoria/Segreteria.

"D": DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____

A TEMPO INDETERMINATO DAL COMUNE DI _____ SCADENZA _____

A TALE SCOPO SI ALLEGA (Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci):

- CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA oppure VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP ottenuto ai sensi della Legge 104/92 nel quale è indicato SPECIFICATAMENTE "**ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: SI**". Solo in questo caso non è richiesto per il rinnovo alcun "Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante" cui al punto "**C**" precedente.
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N. 01 fotografia formato tessera;
- Ricevuta di avvenuto versamento degli oneri e dei diritti di Istruttoria/Segreteria.

ALTRE INFORMAZIONI – RINNOVO “C” o “D”? -

- **CASO “C”:** Qualsiasi CONTRASSEGNO INVALIDI, seppur rilasciato a TEMPO INDETERMINATO, ha una scadenza ciclica di **CINQUE ANNI**. Alla scadenza è pertanto OBBLIGATORIO CHIEDERE IL RINNOVO. Per ottenerlo è OBBLIGATORIO che la presente richiesta sia corredata da un "**CERTIFICATO ORIGINALE RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE**" come sopra indicato ottenibile presentandosi dal proprio Medico di Base. In assenza del **CERTIFICATO ORIGINALE RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE** il CONTRASSEGNO INVALIDI **NON POTRA' ESSERE RINNOVATO** –.
- **CASO “D”:** Qualora invece all'atto del rinnovo il richiedente sia in possesso di **CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA oppure VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP**, ottenuto ai sensi della Legge 104/92, nel quale è indicato SPECIFICATAMENTE "**ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: SI**" per il rinnovo non è richiesto alcun "Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante".

NOTA BENE

I CONTRASSEGNI RILASCIATI A TEMPO DETERMINATO NON SONO MAI RINNOVABILI.
È NECESSARIO SEMPRE RIPRESENTARE LA PRATICA ALLE CONDIZIONI DEL PRIMO RILASCIO
COMPILANDO LA PAGINA 2

RICHIEDE LA SOSTITUZIONE

DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____

DAL COMUNE DI _____ SCADENZA _____

- A TEMPO DETERMINATO;
- A TEMPO INDETERMINATO.

IN QUANTO:

- SMARRITO;
- RUBATO;
- DETERIORATO/DISTRUTTO.

A TALE SCOPO SI ALLEGA (*Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci*):

- Denuncia di Smarrimento/Furto (Nel caso di Smarrimento/Furto)
- Documento d'identità;
- N. 01 fotografia formato tessera;
- Contrassegno deteriorato (Nel caso di deterioramento);
- Ricevuta di avvenuto versamento degli oneri e dei diritti di Istruttoria/Segreteria.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

MINORI – CURATORI – TUTORI – DELEGHE

(Barrare e compilare OBBLIGATORIAMENTE la propria casistica)

- NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RICHIESTO PER MINORE LA RICHIESTA È
PRESENTATA DA (ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITÀ):

Cognome e Nome del genitore o chi ne esercita la patria potestà

Residente a _____
via/piazza numero civico

Codice Fiscale

Indirizzo Mail

Telefono fisso

Telefono mobile

Nella sua qualità di

FIRMA

- NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RICHIESTO DA CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE) LA RICHIESTA È PRESENTATA DA:

Cognome e Nome del Curatore/Tutore

Nata/o il _____ a _____
data di nascita *località di nascita*

Residente a _____
via/piazza _____ numero civico _____

Codice Fiscale

Indirizzo Mail

Telefono fisso

Telefono mobile

Nella sua qualità di Consigliere del Presidente della Repubblica, il Consigliere di Stato è responsabile per la correttezza dei consigli e delle raccomandazioni che gli sono rivolte.

NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RITIRATO DA ALTRA PERSONA (ALLEGARE DOCUMENTI D'IDENTITA' ANCHE DEL DELEGATO)

Cognome e Nome del delegato

Nata/o il _____ a _____
data di nascita *località di nascita*

Residente a _____
via/piazza numero civico

Codice Fiscale

Indirizzo Mail

Telefono fisso

Telefono mobile

Nella sua qualità di

FIRMA DELEGATO

È DA ME DELEGATO AL RITIRO DEL MIO CONTRASSEGNO INVALIDI.

FIRMA DELEGANTE

ONERI E DIRITTI DI ISTRUTTORIA/SEGRETERIA

- LA TARIFFA DA CORRISPONDERE È PARI A € 5,00, IVA INCLUSA, DA VERSARSI DIRETTAMENTE ALL'ATTO DEL RITIRO DEL CONTRASSEGNO OPPURE ANTICIPATAMENTE AL COMUNE DI RESIDENZA, CON LE MODALITÀ SOTTO INDICATE, RIPORTANDO NELLA CAUSALE **“CONTRASSEGNO INVALIDI SIG./SIG.RA (NOME E COGNOME)”** CON RICEVUTA DA ALLEGARSI OBBLIGATORIAMENTE ALLA RICHIESTA .
- SE RILASCIATO DAL COMUNE DI TREZZANO ROSA: Solo tramite “Pago PA” accedendo dal sito www.trezzanorosa.mi.it (Siti Tematici/PagoPA/Effettua un pagamento spontaneo/Ho letto.../Prosegui/VARIE: Diritti di polizia locale)
- SE RILASCIATO DAL COMUNE DI GREZZAGO: IBAN IT 55 Z 07601 01600 000035066208 – COMUNE DI GREZZAGO - TESORERIA COMUNALE – INTESA SAN PAOLO
- IL CONTRASSEGNO SARÀ DISPONIBILE PRESSO GLI UFFICI AMMINISTRATIVI – DELLA POLIZIA LOCALE PRESSO IL PALAZZO COMUNALE DI TREZZANO ROSA – PREVIO APPUNTAMENTO TELEFONICO AL N. 0292019963 OPPURE PREVIO APPUNTAMENTO MEZZO MAIL polizialocalemartesanaest@comune.trezzanorosa.mi.it;
- IL TERMINE PER LA CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO È DI 30 GIORNI (EX ART. 2/2^a L. 241/90);
- LA CARENZA DI ELEMENTI ESSENZIALI ATTI ALL'ISTRUTTORIA DEL PROVVEDIMENTO COMPORTANO LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO CUI AL PUNTO PRECEDENTE (EX ART. 2/7^a L. 241/90).

Ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Trezzano Rosa per i Residenti di Trezzano Rosa ed il Comune di Grezzago per i residenti di Grezzago. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati dei Comuni di Trezzano Rosa o Grezzago o di altre società nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.