



CITTA' DI ALBANO LAZIALE



CITTA' DI CASTEL GANDOLFO

Città Metropolitana di Roma Capitale

CORPO ASSOCIATO DI POLIZIA LOCALE ALBANO LAZIALE E CASTEL GANDOLFO

OGGETTO: CONTRASSEGNO INVALIDI (Previsto dal DPR 495/92, art.381, aggiornato dal DPR 610/96 e dal DPR 503/96)

Modulo da presentare esclusivamente presso il Comando Polizia Locale il Lunedì dalle ore 15:00 alle 17:00 o il Martedì dalle ore 09:00 alle 11:00.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente ad Albano Laziale in Via _____

Tel _____ Cell. _____ Email _____

Richiede il: RILASCIO RINNOVO DUPLICATO SOSTITUZIONE Inserire N° vecchio contrassegno _____

Allegando la seguente documentazione:

PER RILASCIO DEL CONTRASSEGNO c.d. PERMANENTE (validità 5 anni):

1. Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, 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 impedita o sensibilmente ridotta (c.3 art.381 del DPR 495/92);
2. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera.

PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO c.d. PERMANENTE (validità 5 anni):

1. Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta);
2. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera;
4. Contrassegno posseduto, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno.

PER RILASCIO DEL CONTRASSEGNO c.d. TEMPORANEO (a tempo determinato-validità 1-4 anni):

1. Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, per le persone invalide a tempo determinato in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, il contrassegno può essere rilasciato a tempo determinato con le stesse modalità di cui al c.3 dell'art. 381 del DPR n 495/92. In questo caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità (c. 4 art.381 del DPR 495/92);
2. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera;
4. Marca da bollo di € 16,00.

PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO c.d. TEMPORANEO (a tempo determinato-validità 1-4 anni):

1. Trascorso il presumibile periodo di durata dell'invalidità a tempo determinato, di cui al punto precedente, è consentita l'emissione di un nuovo contrassegno a tempo determinato, previa ulteriore certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico- legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio;
2. Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera;
4. Contrassegno posseduto, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno.
5. Marca da bollo di € 16,00.

PER DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO (in caso di deterioramento):

1. Originale del contrassegno di parcheggio per invalidi deteriorato, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno;
2. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera;

PER SOSTITUZIONE (duplicato) DEL CONTRASSEGNO (in caso di smarrimento o furto):

1. Denuncia, presso gli organi di polizia, di furto o smarrimento recante il numero e la scadenza del contrassegno;
2. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera.

A tal fine

DICHIARA, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di Legge che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero;

DELEGA il/la Sig. _____ al RITIRO DEL CONTRASSEGNO, per proprio conto ed allega copia del documento di identità in corso di validità.

N.B. in riferimento al D.Lgs n. 196/2003, si comunica all'utente che i dati personali forniti relativi alla pratica in oggetto, verranno utilizzati solo ed esclusivamente per il Procedimento Amministrativo in atto, non verranno divulgati fuori dall'ambito degli uffici Comunali e verranno detenuti negli archivi cartacei ed informatici del Comune di Albano laziale, dal momento della definizione dell'istanza. MLDM/cl

Albano Laziale, lì _____

Firma _____