

prot. n° _____ del ____/____/____	Responsabile del V Settore. (Maria Rosaria COPPOLA)	Data di ricezione dell'Ufficio. _____
	Procedimento affidato a _____	Responsabile del Procedimento _____

DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Al Sig. Sindaco del Comune di ERCHIE

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in Erchie alla Via/Piazza _____ n _____

Codice fiscale _____ tel. _____

*parte da compilare **soltanto** nel caso di modulo presentato per conto di altra persona **obbligatorio in questo caso allegare fotocopia documento identità del delegante e del delegato***

Per conto di _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in Erchie alla Via/Piazza _____ n _____

Codice fiscale _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

☐ **DICHIARA DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

☐ **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)

☐ **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) _____,

persona affetta da patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità, essendo affetto da patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

CHIEDE

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

☐ **il rilascio del “CONTRASSEGNO PER DISABILI” (art.381 del D.P.R. n° 495/92)
PERMANENTE (di durata pari a 5 anni)**

A tale scopo allega:

- ☐ Certificato originale ☐ Copia conforme del Certificato, rilasciato in data _____ dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L. per l'Accertamento dello Stato di Invalidità Civile attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. n° 495/1992), oppure l'appartenenza alla categoria dei **non vedenti**, ai sensi dell'art. 12 c. 3 del D.P.R. N. 503/96)
- ☐ Documento d'identità e n° 2 fototessere.

☐ **il rinnovo del “CONTRASSEGNO PER DISABILI” n. _____ (art.381 del D.P.R. n° 495/92)
PERMANENTE (di durata pari a 5 anni)**

A tale scopo allega:

- ☐ Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **“conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”**,
- ☐ Documento d'identità,
- ☐ Contrassegno scaduto e n° 2 fototessere.

☐ **il rilascio del “CONTRASSEGNO PER DISABILI” (art.381, comma 4, del D.P.R. n° 495/92) A
TEMPO DETERMINATO (di durata inferiore a 5 anni)**

A tale scopo allega:

- ☐ Certificato originale ☐ Copia conforme del Certificato, rilasciato in data _____ dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L. per l'Accertamento dello Stato di Invalidità Civile attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. n° 495/1992),
- ☐ Documento d'identità e n° 2 fototessere.

AVVERTENZA : Alla scadenza di un contrassegno temporaneo, l'eventuale rinnovo dovrà essere richiesto presentando **nuova documentazione medica** rilasciata dalla Commissione Medica sopra indicata (art. 381, c. 4 del D.P.R. n° 495/92)

☐ **il rinnovo del “CONTRASSEGNO PER DISABILI” n. _____ (art.381, comma 4, del D.P.R. n° 495/92)
A TEMPO DETERMINATO (di durata inferiore a 5 anni)**

A tale scopo allega:

- ☐ Certificato originale ☐ Copia conforme del Certificato, rilasciato in data _____ dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L. per l'Accertamento dello Stato di Invalidità Civile attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. n° 495/1992),
- ☐ Documento d'identità,
- ☐ Contrassegno scaduto e n° 2 fototessere.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte dell'Ufficio, nei limiti e con le modalità stabilite dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Erchie, _____

Data

firma del richiedente