



COMUNE DI ALBISSOLA MARINA  
COMANDO POLIZIA MUNICIPALE  
Piazza del Popolo 12 - 17012 Albissola Marina  
Tel. 019/4002186 – fax 019/40029222

## **MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
*data di nascita* *località di nascita*

Residente ad Albissola Marina \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
*via/piazza* *numero civico* *CAP*

*Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:*

- Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 188 del C.D.S e art. 381 del DPR 495/92)**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria n.2 Savonese attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.d.S.), previa visita medica
- Documento d'identità
- n. 2 fotografie formato tessera

- Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria n.2 Savonese attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.d.S.), previa visita medica
- Documento d'identità
- Contrassegno scaduto
- n. 2 fotografie formato tessera

- Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni (permanente)**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**
- Documento d'identità
- Contrassegno scaduto
- n. 2 fotografie formato tessera

Il sottoscritto è informato che, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, i dati da me forniti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della seguente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Albissola Marina, \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

- IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

**PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:** - delega firmata dal richiedente il contrassegno  
- documento d'identità del delegato

Albissola Marina, \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma del delegato