



COMUNE DI MULAZZO

Provincia di Massa Carrara

DOMANDA PER IL RILASCIO - RINNOVO DUPLICATO PER SMARRIMENTO/FURTO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà art 47 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
e residente a MULAZZO in Via/Piazza _____ n° _____ recapito telefonico _____
in qualità di : intestatario
 curatore/tutore (art 5 D.P.R. 445 del 28/12/2000) del signor/a
_____ nato a _____ il _____ e residente a
MULAZZO in Via/Piazza _____ n° _____ recapito telefonico _____

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'uso dell'autorizzazione è personale ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'interessato, ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
 - che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
 - che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza(decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.);
 - delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci;
 - che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000;
 - di conoscere l'informativa ex art. 13 D. Lgs 196/2003 sui trattamenti conseguenti alla presentazione del presente modulo ed inoltre, come previsto dall'art. 26 comma 1 dello stesso decreto, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili riportati sul presente modello e nella documentazione allegata, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla gestione dell'istanza;
 - che sarà a propria cura il dovere di acquisire le informazioni relative ad eventuali cambiamenti che dovessero intervenire nella normativa in materia;
 - di essere a conoscenza che sul contrassegno invalidi deve essere riportata la firma olografa del titolare nello spazio apposito;
- ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione , C.d.S. D.P.R. n° 495 del 16/12/92, il rilascio dell'autorizzazione in deroga prevista riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio di invalidi,

CHIEDE

IL RILASCIO del contrassegno invalidi

permanentemente (massimo cinque anni)

temporaneo per anni _____ sino al _____

Allega: certificazione medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza relativa all'accertamento

IL RINNOVO del contrassegno invalidi PERMANENTE (validità 5 anni) numero _____

(NO TEMPORANEO - barrare rilascio)

Allega: certificazione del medico curante che attesti il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio.

dichiara (ai sensi dell'art. 6 , comma 3 , della legge numero 80 del 9 Marzo 2006) di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap in quanto affetto da patologia invalidante elencata nell'allegato della citata legge.

IL DUPLICATO del contrassegno invalidi numero _____

per smarrimento

per furto(allegare denuncia autorità giudiziaria)

La presente domanda viene consegnata a mano :

dall'interessato

dal delegato sig.ra/ Sig. _____

Mulazzo li, _____

FIRMA _____