



POLIZIA LOCALE COMUNE DI ARCISATE

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI POLIZIA LOCALE

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
NATO/AA PROV. IL
RESIDENTE A PROV.
INDIRIZZO
CAP..... TEL.

CHIEDE

RILASCIO DUPLICATO RINNOVO N° SOSTITUZIONE

del contrassegno invalidi previsto dall' art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n° 495.

Il richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità (art. 46 D.P.R. 445/2000) che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di L. (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Allo scopo allega la seguente documentazione:

Verbale della Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile, in cui è barrata la voce:

- "INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (art.381, D.P.R. 495/1992, L.18/1980 – L. 508/1988 - L. 509/1988)";
- "INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (art. 8 L. 449/1997, L. 18/1980 - L. 508/1988 - L. 509/1988)";
- "CIECO ASSOLUTO (D.P.R. 503/1996 art.12 comma 3, L. 382/1970 e L. 508/1988)";

Verbale della commissione per l'accertamento dell'invalidità civile, con apposto uno dei seguenti diciture:

- "INVALIDO ULTRA SESSANTACINQUENNE (art.8 L. 449/1997, L. 18/1980 - L. 508/1988 - L. 509/1988), con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore";
- "INVALIDO ULTRA SESSANTACINQUENNE (art. 30 L. 338/2000, L. 18/1980 - L. 508/1988 - L. 509/1988), con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita";
- Certificato medico per il rilascio del "Contrassegno di parcheggio per disabili" emanato dall'ASL di competenza, (art.381, D.P.R. 495/1992, L. 18/1980)
- Certificato rilasciato dal medico di base competente PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO che attesta, in caso lo stesso sia stato rilasciato barrando le caselle 1 o 2, che le condizioni cliniche non siano variate.
- N° 2 foto tessere 35x45 mm. - copia della carta d'identità.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ARCISATE, li..... FIRMA DEL RICHIEDENTE

VISTO: Si rilascia il in data contrassegno nr..... Con Scadenza il
IL RESPONSABILE (o suo incaricato)

PER RICEVUTA

Consegnato il: