

Al Sig. **SINDACO**
del Comune di VALDAGNO
per tramite del
DIRETTORE CONSORZIO PL "VALLE AGNO"

2
FOTOTESSERA

OGGETTO: Richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili

(ai sensi del D.P.R. 16. 12.1992 , n. 495 e del Decreto del Presidente della Repubblica 30 luglio 2012, n. 151).

Il/La sottoscritto/a _____ [M] [F] nato/a a _____ (____) in

data _____ e residente a VALDAGNO in via _____ n° _____

telefono n° _____ e-mail _____

in qualità di intestatario -- Amministratore di sostegno / tutore di _____ [M] [F]

nato a _____ (____) il _____ residente a Valdagno (VI) in via _____
(Art. 5 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

estremi atto di nomina a curatore/ tutore _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione, C.d.S. D.P.R. n° 495 del 16/12/1992

- Il **RILASCIO** del contrassegno invalidi **PERMANENTE** **TEMPORANEO** fino al _____;
- Il **RINNOVO** del contrassegno invalidi PERMANENTE n° _____;
- Il **DUPLICATO** del contrassegno invalidi n° _____ per furto smarrimento (allegare denuncia sporta all'autorità competente);

DICHIARA

ai sensi e per effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R n. 445/2000

- Di essere a conoscenza che l'uso del contrassegno 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 dei requisiti (decesso – scadenza etc.);

Valdagno,

.....
firma del richiedente

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Certificazione di invalidità a tempo **indeterminato** (5 anni) rilasciata dall' Ufficio Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza;
- Certificazione di invalidità a tempo **determinato** rilasciata dall' Ufficio Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza;
- Certificazione di invalidità rilasciata dal **medico curante** (*solo per il rinnovo dei contrassegni a tempo indeterminato*);
- Verbale della commissione medica INPS;
- Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio" (*solo se si presenta il verbale della commissione medica INPS*);
- 2 **foto** formato tessera;
- 1 **marca da bollo** euro 16,00 (*solo per contrassegni a tempo determinato*) ;
- Documento di identità del richiedente;
- Denuncia sporta all'autorità giudiziaria (*da presentare solo in caso di furto/ smarrimento del contrassegno*)
- Contrassegno scaduto oppure Contrassegno da sostituire ai sensi del D.P.R 30 luglio 2012, n. 151;
- Atto di delega a terza persona per consegna/ ritiro delle pratica per conto dell'interessato;
- Documento di identità della persona delegata a presentare/ ritirare la pratica;
- Nomina amministratore di sostegno o tutore;
- _____ ;
- _____ ;