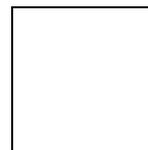


## RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Egregio Signor SINDACO  
Del COMUNE di GUIDONIA MONTECELIO  
Settore Polizia Municipale  
Viale Roma n° 145  
00012 GUIDONIA MONTECELIO



IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

IDENTIFICATO CON DOCUMENTO \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ VALEVOLE SINO \_\_\_\_\_

\* TUTORE del figlio minore \_\_\_\_\_

\* TUTORE DI \_\_\_\_\_

A causa sa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

**CHIEDE**

a) RILASCIO *		
b) RINNOVO *		Del contrassegno invalidi previsto dal D.P.R. 16/12/1992 n° 495 e dal D.P.R. 24 luglio 1996 n° 503
c) DUPLICATO *		
d) SOSTITUZIONE *		

**Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.**

Il/la richiedente dichiara sotto la propria responsabilità (art. 46 D.P.R. 28/12/200 n° 445), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendacio falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n° 445)

Allo scopo allega la seguente documentazione:

1. Altri casi- dichiarazione rilasciata dall'Azienda ASL competente per territorio (solo per RILASCIO), in caso di RINNOVO INFERIORE AI 5 ANNI, oltre alla dichiarazione dell'ASL allegare anche contrassegno posseduto;
2. Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (solo per RINNOVO con la validità 5 anni );
3. Denuncia di furto o dichiarazione sostitutiva di notorietà in caso di smarrimento, recante il numero del contrassegno e la scadenza (solo in caso di SOSTITUZIONE);
4. Originale deteriorato in caso di DUPLICATO.

La marca da bollo dovrà essere applicata solo in caso di invalidità temporanea.

**Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 della Legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazioni viene resa.**

Guidonia Montecelio, li \_\_\_\_\_

**FIRMA dell'avente diritto**

**FIRMA dell'operatore P.M.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_