

RICHIESTA PER IL RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
(D.M. 8/6/79 n. 1176 e art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495 e ss.mm.ii.)

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
CITTÀ DI RESIDENZA	VIA/PIAZZA/CORSO	CIVICO	C.A.P.
CODICE FISCALE		TELEFONO/FAX/MAIL	

PER SE STESSO PER CONTO DEL/DELLA SIG/SIG.RA IN QUALITÀ DI.....

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
CITTÀ DI RESIDENZA	VIA/PIAZZA/CORSO	CIVICO	C.A.P.
CODICE FISCALE		TELEFONO/FAX/MAIL	

Con riconosciuta effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, come da certificazione medica o verbale della Commissione Medica di accertamento dell'invalidità o di handicap allegato e redatto ai sensi dell'art.4 del Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modifiche dalla Legge 4 aprile 2012 n.35,

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	Il rilascio del contrassegno speciale, per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, in conformità a quanto previsto dal D.M. 8/6/79 n. 1176 e dall'art. 381, comma 2°, del D.P.R. 16/12/92, n. 495.
<input type="checkbox"/>	il rinnovo del contrassegno n. _____ con scadenza _____
<input type="checkbox"/>	il duplicato del contrassegno n. _____ con scadenza _____ (in caso di smarrimento, furto, deterioramento).

a tal scopo, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- che i dati forniti corrispondono al vero;
- i **verbali o certificazioni allegati** sono conformi agli originali e non sono stati revocati o rivisti successivamente al primo rilascio;
- di impegnarsi a comunicare ogni eventuale modifica della residenza o di situazione che comporti la decadenza dei benefici richiesti ed a restituire il relativo contrassegno, anche in caso di scadenza.

IMPORTANTE

Il richiedente **dovrà presentarsi personalmente per il ritiro del contrassegno**, in quanto è obbligatoria la firma del disabile sul retro del contrassegno.

COMUNICAZIONI PROCEDIMENTO

Considerata l'organizzazione dell'ufficio, per soddisfare l'esigenza di celerità che la tipologia d'interventi richiede, si provvede a dare immediata comunicazione in relazione alla gestione del procedimento, in particolare:
Il provvedimento relativo alla presente istanza verrà rilasciato entro 30 giorni dal Dirigente Responsabile della Struttura; presso la sede dei medesimi uffici (indicata in calce) si potrà prendere visione degli atti ed esercitare il diritto d'accesso.

Consapevole delle sanzioni stabilite in caso di mendaci dichiarazioni e false attestazioni, ai sensi dell'art. 21 della legge 241/90, dichiara che tutto quanto contenuto nella presente domanda e' corrispondente al vero.

(sanzioni di cui all'art. 483 del Codice Penale e inammissibilità della conformazione dell'attività e dei suoi effetti alla legge)

ALLEGATI OBBLIGATORI

per **nuova** richiesta (invalidità permanente o temporanea)

- **certificazione medica** (rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE "SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA" della AUSL ToscanaSudEst) **o copia del verbale della Commissione medico legale** di accertamento dell'invalidità o di handicap nel quale sia definita **l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta** così come disposto dall'art.4 del Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modifiche dalla Legge 4 aprile 2012 n.35; nel caso d'invalidità a tempo determinato la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità (da 0 a 5 anni);
- n.1 fotografie a colori recenti(formato tessera);
- copia documento d'identità del firmatario e dell'avente diritto.

per **rinnovo** (invalidità permanente o temporanea)

- nel caso di **invalidità permanente**: certificato rilasciato dal medico curante che **confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno** (art.381 c.3 del DPR n.495/92 e ss.mm.ii);
- nel caso di **invalidità temporanea**: certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale della AUSL ToscanaSudEst che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio ed il presumibile periodo di durata della invalidità medesima (art.381 c.4 del DPR n.495/92 e ss.mm.ii) **o copia del verbale della Commissione medico legale** di accertamento dell'invalidità o di handicap nel quale sia definita **l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta con revisione** così come disposto dall'art.4 del Decreto Legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modifiche dalla Legge 4 aprile 2012 n.35;
- in caso di eventuale **rinnovo temporaneo nr. 2** marche da bollo da € 16.00;
- n.1 fotografie a colori recente (formato tessera);
- copia documento d'identità del firmatario e dell'avente diritto;
- contrassegno scaduto;

per **uplicato**

- denuncia presentata presso qualsiasi Ufficio di Polizia (in caso di furto o smarrimento);
- contrassegno precedentemente rilasciato (in caso di deterioramento);
- n.1 fotografia a colori recenti (formato tessera);
- copia documento d'identità del firmatario e dell'avente diritto.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese.

RICHIESTA/RINNOVO/SOSTITUZIONE INSERIMENTO VEICOLI IN Z.T.L.

Il sottoscritto chiede inoltre che, unitamente al rilascio del contrassegno per la circolazione disabili n. ____ rilasciato il _____ con scadenza il _____ sia rilasciata l'autorizzazione per l'accesso alla Z.T.L. del Comune di Santa Fiora:

1° targa _____

oppure la sostituzione del veicolo targato _____ con il veicolo targato _____

ALLEGATI: copia carta circolazione veicolo per il quale si chiede l'accesso in Z.T.L.

Santa Fiora, / /

Firma del richiedente

.....
(allegare copia documenti d'identità)