RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI PER LE PERSONE INVALIDE. (D.P.R. 24 LUGLIO 1996, N°503 – D.P.R. 16 DICEMBRE 1992, N°495)

Al Comune di Campotosto

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni previste dall’art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall’art.75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità.*

**CHIEDO**

* PER PROPRIO CONTO
* IN NOME E PER CONTO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI:**

* FAMILIARE CONVIVENTE (*obbligatorio allegare fotocopia di documento di identità dell’interessato*)
* ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ (*in caso di minore*)
* TUTORE (*citare estremi dell’atto di nomina*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* INCARICATO (*è obbligato allegare delega scritta corredata di documento di identità dell’interessato*)
* **IL RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, ed a tal fine ALLEGO:
* Il certificato (in originale) rilasciato dal Settore Medico Legale dell’AUSL.
* **IL RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, ed a tal fine ALLEGO:
* Il certificato (in originale) del Medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
* Il certificato (in originale) rilasciato dal Settore Medico Legale dell’AUSL ( in caso di rinnovo contrassegno temporaneo)
* Contrassegno scaduto
* **IL DUPLICATO** del contrassegno invalidi N°\_\_\_\_\_\_\_ per :

[ ] Deterioramento [ ] Furto [ ] Smarrimento

A tale scopo si allega:

* Denuncia di smarrimento o furto
* Contrassegno deteriorato

Dichiara di essere a conoscenza:

1. Che il contrassegno deve essere usato esclusivamente a servizio ed in presenza del titolare, non potrà in nessun caso essere ceduto a terzi, non è vincolato ad uno specifico veicolo e deve essere sposto, in originale, in modo ben visibile sulla parte anteriore del veicolo;
2. Che l’utilizzo improprio del contrassegno sarà perseguito con sanzione amministrativa a norma del Codice della Strada e con il ritiro del contrassegno stesso qualora venga utilizzato in assenza del titolare;
3. Che il contrassegno deve essere restituito, tempestivamente, alla data di scadenza di validità o a cura degli eredi, in caso di decesso del titolare;

Campotosto, li

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare:

* Documento d’identità;
* Dichiarazione di invalidità;
* Certificato del medico curante;