

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Marca da bollo €. 16,00

SOLO IN CASO DI INVALIDITA' TEMPORANEA

Egregio Sig. Sindaco
 Del Comune di San Casciano dei Bagni
 Piazza della Repubblica.,4
 53040 SAN CASCIANO DEI BAGNI (SI)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____

C.A.P. _____ TEL _____

CODICE FISCALE _____

A causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

C H I E D E

RILASCIO	<input type="checkbox"/>
RINNOVO	<input type="checkbox"/>
DUPLICATO	<input type="checkbox"/>
SOSTITUZIONE	<input type="checkbox"/>

Del contrassegno invalidi previsto dal D.P.R. 16 dicembre 1992 n.495 e dal D.P.R. 24 luglio 1999 n.505

Commento: Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea

Commento: Richiesta in bollo solo in caso di invalidità temporanea

Commento: Richiesta non in bollo. Si ritira il vecchio tesserino e dichiarazione sostitutiva atto notorio. Il nuovo tesserino stesso numero e scadenza

Commento: Richiesta non in bollo. Si ritira denuncia. Tesserino nuovo con numero diverso e identica scadenza

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. 28/12/2000 n.445), 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 legge (art. 76 D.P.R.28.12.2000 n.445).

Allo scopo allega la seguente documentazione:

1. Verbale Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile al 100% e indennità di accompagnamento per non vedenti (RILASCIO O RINNOVO).;
2. Altri casi – dichiarazione rilasciata dall'Azienda A.S.L. (Medico Legale) competente per territorio (solo per il RILASCIO) , in caso di RINNOVO INFERIORE AI 5 ANNI, oltre alla dichiarazione dell'ASL allegare anche contrassegno posseduto;
3. Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il **PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO** (solo per il RINNOVO con validità 5 anni);
4. 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);
5. Originale deteriorato in caso di duplicato.
6. N. 2 fotografie formato fototessera.

La marca da bollo dovrà essere applicata solo in caso d'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 dichiarazione viene resa.

San Casciano dei Bagni li _____

FIRMA
 dell'avente diritto
