

MODULO DI RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Al Sig. SINDACO
del COMUNE DI OTTATI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___) il
_____ residente in _____ (___) alla Via/Piazza
_____ n. _____ C.F. _____ Tel. _____
Cell. _____, in quanto **disabile** oppure **in qualità di**

(Compilare solo se il richiedente è diverso dal disabile)

FAMILIARE CONVIVENTE

FAMILIARE TUTORE

ALTRO _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P .R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci

CHIEDE

per sé stesso

per il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
(___) il _____ residente a _____ (___) alla
Via/Piazza _____ C.F. _____

1

RILASCIO del contrassegno invalidi (art. 381 del D.P.R. 495/92)

A tale scopo allega:

- **certificato attestante la ridotta capacità di deambulazione;**
- **fotocopia Documento d'identità;**
- **n. 2 Foto formato tessera;**

RINNOVO del contrassegno invalidi n. _____

A tale scopo allega:

➤ **per contrassegno scaduto con validità inferiore a 5 anni):**

- nuovo Certificato originale rilasciato da Medicina Legale ASL di Residenza attestante la ridotta capacità di deambulazione

➤ **per contrassegno scaduto con validità 5 anni o illimitato:**

- certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **“conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno per disabili”;**
- fotocopia Documento d'identità;
- contrassegno scaduto;
- n. 1 Foto formato tessera;

DUPLICATO del contrassegno invalidi n. _____ causa furto o smarrimento.

A tale scopo allega:

- denuncia di furto o smarrimento presentata presso Ufficio di un Organo di Polizia
- fotocopia Documento d'identità
- n. 1 Foto formato tessera

Si allega, inoltre:

- **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO RICHIEDENTE;**
- **CERTIFICATO MEDICO CURANTE ATTESTANTE DISABILITÀ;**
- _____

DELEGA PER RITIRO DEL CONTRASSEGNO*

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato a _____

il _____ residente in _____ alla Via / Piazza

_____ n. _____ Tel. _____

A tale scopo allega:

- *Fotocopia Documento d'identità delegato.*

2

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Salerno, per le finalità connesse all'erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo Decreto, l'interessato ha il diritto ad avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiederne la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge.

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000).

Luogo e Data

_____, _____

IL/LA DICHIARANTE

* La delega per il ritiro non esonera il titolare del pass, qualora non impossibilitato alla firma, ad apporre la propria firma autografa sul pass. Non sarà rilasciato alcun pass senza la firma autografa del titolare che non è in condizione di impossibilità alla firma.