

**OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO PARCHEGGIO PER DISABILI -  
MODELLO UNIONE EUROPEA - D.P.R. n. 151/2012**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a CALOLZIOCORTE in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE A FAVORE DI**

- Sé stesso
- In qualità di Esercente la potestà genitoriale del minore
- Tutore o altro da specificare \_\_\_\_\_

Per nome e per conto di \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

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

RESIDENTE IN CALOLZIOCORTE, IN \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_ COD. FISC: \_\_\_\_\_

BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA:

**il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide**

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall' Ufficio di Medicina Legale dell' ASL di Lecco attestante l' effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art.12, c3 DPR 503/96), previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605-634, servizio territoriale Medicina Legale, via G. Tubi, 43;
- **OPPURE** Verbale della Commissione medica integrata di cui all' art.20, del DL 1° luglio 2009, n.78, convertito con modificazioni, della legge 3/8/09, n.102, **che riporti anche l' esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno (o pass)**, da presentare in copia con Dichiarazione sostitutiva dell' atto di notorietà di conformità all' originale copia (D.P.R. 28/12/2000), n. 445);
- Copia fotostatica del comune d' identità;
- N.1 fotografia formato tessera a colori ;
- **N. 1 marca da bollo da € 16.00 SOLO nel caso di rilascio di contrassegno temporaneo (SE INFERIORE 5 anni)**

**il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall' Ufficio di Medicina Legale dell' ASL di Lecco attestante l' effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art.12, c3 DPR 503/96), previa visita medica prenotabile telefonicamente al n. 0341482605-634, servizio territoriale Medicina Legale, via G. Tubi, 43;
- Copia fotostatica del documento d' identità;
- Contrassegno scaduto;
- N.1 fotografia formato tessera a colori ;
- **N. 1 marca da bollo da € 16.00**

**il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **“conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”**;
- Copia fotostatica documento d' identità;
- Contrassegno scaduto;
- N.1 fotografia formato tessera a colori ;

Calolziocorte, \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

- Certificazione medica in originale rilasciata dall' Ufficio di Medicina Legale dell' ASL di Lecco attestante l' effettiva capacità di deambulazione o sensibilmente ridotta, ovvero non vedente (art.12, c3 DPR 503/96)
- Copia fotostatica del Verbale della Commissione medica integrata di cui all' art,20, del DL 1° luglio 2009, n.78, convertito con modificazioni dalla legge 3/8/09, n.102, **che riporti anche l' esistenza dei requisiti necessari per la richiesta di rilascio del presente contrassegno (“pass”)**;
- Copia fotostatica dei Documenti comprovanti la tutela;
- Copia fotostatica del Documento d' identità del delegante;
- Copia fotostatica del Documento d' identità del delegato;
- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere delle condizioni sanitari che hanno determinato il rilascio del contrassegno”;
- Contrassegno scaduto;

**DELEGA PER AUTORIZZAZIONE.**

Io sottoscritto/a _____delego il/la	
Signor/a _____ alla gestione della pratica ed al ritiro del contrassegno.	
Calolziocorte, _____	_____
Data	firma del delegante
	_____
	firma del delegato

Al fine del rilascio Sig.r/Sig.ra \_\_\_\_\_, come meglio sopra generalizzato, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall' art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall' art.381 del regolamento di cui al DPR 16/12/1992, n.495, che giustificano la presente e allega la documentazione richiesta, della quale dichiara la rispondenza all' originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.  
Inoltre sono a conoscenza che ai sensi dell'art.71 del citato DPR, le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all' art.46.

In fede

\_\_\_\_\_