



COMUNE DI RESCALDINA

Città Metropolitana di Milano

Piazza della Chiesa n. 15 - 20027 Rescaldina (MI)
Tel. 0331.467811 - www.comune.rescaldina.mi.it
P.IVA 01633080153 - PEC: comune.rescaldina@pec.regione.lombardia.it

RICHIESTA DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI (Art. 188 D.Lgs 285/1992)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

A _____ residente a _____

In via _____ n° _____ tel. (**obbligatorio**) _____

E-mail (**obbligatorio**) _____

Prendendo atto che:

- i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c.2 del D.P.R. 495/92, ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
- il conferimento di tali dati è **obbligatorio** ai fini del rilascio del permesso ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso. Tali dati potranno comunque essere inoltrati agli organi istituzionali di controllo. L'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni.
- Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Rescaldina, nella persona del suo legale rappresentante ed il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio di Polizia Locale.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

CHIEDE

Per conto di _____

In qualità di _____ (in caso di persona diversa dall'interessato, allegare delega e copia di un documento di identità)

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

➤ Il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c.2 del D.P.R. 495/92 ed il contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" art. 381 del D.P.R. 495/92 così come modificato dal D.P.R. 151/2012 con validità:

temporanea

permanente (**validità 5 anni**)

Allega:

- FOTOCOPIA VERBALE DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ RILASCIATO DALL'INPS¹;

Oppure:

- CERTIFICATO MEDICO LEGALE RILASCIATO DALL'ATS Milano – Città Metropolitana;
- N. 2 fototessera recenti;
- Copia di un documento di identità in corso di validità.

¹. Per il rilascio del contrassegno, il verbale della commissione medica, **deve riportare necessariamente una delle le seguenti diciture:** L. 508/1988, art. 381 Reg. Cds (DPR 495/1992) o dicitura esplicita di **deambulazione sensibilmente ridotta**.

- Il rinnovo dell'autorizzazione n. _____ del _____ con scadenza _____
(solo per contrassegni aventi **validità 5 anni**)

Allega:

- **per i contrassegni rilasciati a seguito di presentazione del certificato medico legale:**
 - ✓ Certificato del medico di base che attesti il perdurare delle condizioni che hanno determinato l'invalidità;
 - ✓ N. 2 fototessera recenti;
 - ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità
- **per i contrassegni rilasciati a seguito di presentazione di verbale di commissione medica:**
 - ✓ N. 2 fototessera recenti;
 - ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità

- Il **DUPLICATO** del contrassegno n. _____ del _____ scadenza _____ per:

DETERIORAMENTO

SMARRIMENTO

FURTO

Allega:

- in caso di **furto** o **smarrimento**
 - ✓ denuncia presso gli organi di Polizia
 - ✓ N. 2 fototessera recenti;
 - ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità.

Allega:

- in caso di **deterioramento**
 - ✓ Vecchio contrassegno deteriorato;
 - ✓ N. 2 fototessera recenti;
 - ✓ Copia di un documento di identità in corso di validità.

Dichiara di essere a conoscenza che:

- Il contrassegno è personale;
- Non può essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato da altro Comune;
- Che il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza di validità o di decesso del titolare, a cura degli eredi.

Rescaldina, _____

Firma (del richiedente o del delegato)
