

Protocollo	Marca da bollo da € 16,00* *chi ha ridotte capacità motorie <b>permanenti</b> è esonerato dal pagamento del bollo
------------	--

**AL COMUNE DI TRECENTA**

**Ufficio Polizia Locale**

Piazza G. Garibaldi, 41

45027 Trecenta (RO)

**RICHIESTA CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA  
DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE (D.P.R. 151/2012)**

Io (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

**chiedo**

(NOTA: *barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa*)

**il rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (D.P.R. 151/2012) con validità a tempo \_\_\_\_\_;

**il rinnovo** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (solo per chi ha ridotte capacità motorie permanenti);

**il duplicato** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide numero \_\_\_\_\_;

a tal fine allega:

- denuncia dell'avvenuto smarrimento presentata all'autorità giudiziaria;
- contrassegno rilasciato precedentemente in caso di deterioramento.

per me stesso

per il/la sig./sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Trecenta (RO) in via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_ \_ \_ \_ \_

in qualità di \_\_\_\_\_

A tal fine **allego**:

due foto formato tessera del titolare del contrassegno;

copia del documento di identità in corso di validità;

contrassegno rilasciato precedentemente e scaduto;

n. 2 marche da bollo da € 16,00 per contrassegni con validità temporanea inferiore a 5 anni;

per ritiro da parte di persona diversa: delega firmata dal richiedente il contrassegno e fotocopia del documento d'identità del delegato;

certificazione medica come di seguito indicata:

- per il **rilascio** del contrassegno permanente e temporaneo

certificato del medico legale dell'Azienda Asl n. 18 di Rovigo, attestante l'invalidità permanente o temporanea;

oppure, in caso di **invalidità permanente**

certificato della commissione medica di invalidità attestante l'incapacità di deambulazione senza accompagnamento;

certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3);

certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti);

- per il **rinnovo** del contrassegno

certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)

certificato del medico legale dell'Azienda Asl n. 18 di Rovigo, (per rinnovo del contrassegno temporaneo).

#### DICHIARA

- Di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo comune in caso di decadenza (decesso, trasferimento in altro Comune, scadenza);
- che l'uso del contrassegno è personale;
- di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori e a relativa sospensione;
- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000);

**Dichiaro** che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

fax numero \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

recapito diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_

Trecenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_