



# COMUNE DI CAROSINO

PROVINCIA DI TARANTO

## COMANDO DI POLIZIA LOCALE

P.E.C. – polizialocale.comunecarosino@legalmail.it – E.mail: polizialocale.carosino@gmail.com  
Via Magg. Galliano Nr. 33 – 74021 – Carosino (TA) - Tel 0995921032

### DOMANDA PER IL RILASCIO - RINNOVO – DUPLICATO – SOSTITUZIONE DEL "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DIVERSAMENTE ABILI "

(art. 188 D.Lgs n. 285/92, art. 381 D.P.R. n. 495/92 modificato dal D.P.R. N. 151/2012)

#### RICHIESTA DA PARTE DELL'INTERESSATO

Sotto la personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.

#### DICHIARO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residenza Carosino: via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (art. 5 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000) in nome e per conto di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Carosino in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

essendo affetto da patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, consapevole che:

- ***l'uso del contrassegno è strettamente personale;***
- ***non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altri Comuni;***
- ***il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del Titolare;***

#### CHIEDE

#### PRIMO RILASCIO

Allegare in originale o copia conforme della certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale è richiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, oppure è non vedente (art.12, c.3 D.P.R. 503/96).

#### **Oppure, in alternativa**

Allegare in originale o copia conforme Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c.3 D.P.R. 503/96).

**RINNOVO DEL PASS N. \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_**

Allegare **certificato del medico curante** il quale confermi il "persistere delle difficoltà di deambulazione" (solo per il rinnovo con validità 5 anni).

In caso di rinnovo inferiore ai 5 anni allegare certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza o Verbale della Commissione Medica dell'INPS che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui all'articolo 381/2 del D.P.R. n. 495/92, inoltre il PASS scaduto deve essere restituito al ritiro del PASS rinnovato.

**DUPLICATO DEL PASS N° \_\_\_\_\_ causa SMARRIMENTO O FURTO.**  
(Allegare denuncia presentata alle forze di Polizia)

**SOSTITUZIONE DEL PASS N° \_\_\_\_\_ con scadenza al \_\_\_\_\_**  
(Allegare fotocopia del PASS deteriorato o illeggibile, da restituire al ritiro del duplicato)

#### **E DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ a presentare la richiesta e  
a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

**Nel caso si alleghino le copie dei certificati medici barrare la voce che interessa:**

**DICHIARA INOLTRE che:**

- il certificato Medico Legale dell'ASL,**
  - il Verbale della Commissione Medica dell'INPS,**
  - il certificato del Medico Curante,**
- è conforme all'originale in mio possesso.**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte dell'Ufficio, nei limiti e con le modalità stabilite dall'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

SI     NO

Carosino lì \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**Oltre, alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:**

- **n. 2 (due) fototessera (dimensioni Lxh 3,5x4 cm) recenti del richiedente;**
- **copia documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'eventuale delegato;**
- **nell'ipotesi di tutore allegare l'atto di nomina o citare gli estremi dell'atto.**