



REGIONE PUGLIA

COMANDO POLIZIA LOCALE



CITTA' DI MASSAFRA

UFFICIO CONTROLLO DEL TERRITORIO

Via R. Livatino, 22 – 74016 Massafra (TA) – Tel. 0998858506 - email:ripartizione1@pec.comunedimassafra.it

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO PER DISABILI

al Dirigente POLIZIA LOCALE

Via R. Livatino, 22

74016 MASSAFRA (TA)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____ C.A.P. _____ TEL _____

a causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

CHIEDE

- ☐ **RILASCIO** del “contrassegno di parcheggio per disabili” previsto dal D.P.R. n°495/92 e D.P.R. n°151 del 30.07.2012
- ☐ **RINNOVO** “contrassegno di parcheggio per disabili” previsto dal D.P.R. n°495/92 e D.P.R. n°151 del 30.07.2012 nr. _____ rilasciato in data _____
- ☐ **DUPLICATO** del “contrassegno di parcheggio per disabili” previsto dal D.P.R. n°495/92 e D.P.R. n°151 del 30.07.2012 nr. _____ rilasciato in data _____
- ☐ **SOSTITUZIONE** del “contrassegno di parcheggio per disabili” previsto dal D.P.R. n°495/92 e D.P.R. n°151 del 30.07.2012 nr. _____ rilasciato in data _____

Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, va esposto all'interno e nella parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.

Il/la richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità (art 46 D.P.R. 28/12/2000 n° 445), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n° 445).

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- ☐ Certificato medico rilasciato dall'Ufficio della Commissione Medica di Prima Istanza per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile della A.S.L. attestante *La capacità di deambulazione sensibilmente ridotta*;
- ☐ Nr.2 fotografie formato tessera;
- ☐ Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il **persistere della condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio** (solo per RINNOVO con validità 5 anni);
- ☐ Denuncia di furto o dichiarazione sostitutiva di notorietà in caso di smarrimento, recante il numero del contrassegno e la scadenza (solo in caso di SOSTITUZIONE)
- ☐ Originale deteriorato in caso di DUPLICATO

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs n°196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Massafra, lì _____

FIRMA dell'avente diritto¹

¹ N.B. nel caso la firma non venga apposta in presenza dell'impiegato pubblico addetto al ritiro, dovrà essere allegata fotocopia di un valido documento d'identità.



REGIONE PUGLIA

COMANDO POLIZIA LOCALE



CITTA' DI MASSAFRA

UFFICIO CONTROLLO DEL TERRITORIO

Via R. Livatino, 22 – 74016 Massafra (TA) – Tel. 0998858506 - email:ripartizione1@pec.comunedimassafra.it

RISERVATO ALL'UFFICIO

Vista la richiesta del sig./sig.ra _____

Visti gli atti d'ufficio **SI AUTORIZZA :**

- ☐ **RILASCIO del “contrassegno di parcheggio per disabili”**
- ☐ **RINNOVO “contrassegno di parcheggio per disabili”**
- ☐ **DUPLICATO del “contrassegno di parcheggio per disabili”**
- ☐ **SOSTITUZIONE del “contrassegno di parcheggio per disabili”**

Firma Dirigente _____