

All'ufficio di Polizia Locale del Comune di: OSNAGO LOMAGNA

**RICHIESTA PER IL RILASCIO / RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
(Art. 381 del DPR 495/92 - MODELLO EUROPEO)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Res. a _____ Via / Piazza _____ n. ____ int. ____

TEL. _____ C.F. _____

IN NOME E PER CONTO DI (se persona diversa dal richiedente)

Sig. _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

Residente in Via/Piazza _____ n. ____ int. ____ TEL. _____

e **DICHIARANDO** a tal fine, valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità **di AGIRE IN QUALITA' di**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FAMILIARE CONVIVENTE | <input type="checkbox"/> FAMILIARE NON CONVIVENTE |
| <input type="checkbox"/> TUTORE (indicare gli estremi dell'atto) | <input type="checkbox"/> ALTRO (allegare delega scritta) |

CHIEDE

- IL RILASCIO IL RINNOVO * IL DUPLICATO**

dell'autorizzazione (e relativo contrassegno) invalidi di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e s.m.i., in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato, attestante una effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta così come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada. Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D. Lgs. n. 196/2003.

_____, li _____ Il/la Richiedente _____

Allega:

- Copia Carta D'identità Del Richiedente
- Nr.2 Fotografie formato tessera
- Certificato Del Medico Legale Della Azienda Asl Di Merate; (oppure:)
- Copia Certificazione Commissione Medica

*** Per il RINNOVO**

- CONTRASSEGNO NR. _____
- Certificato Del Medico Curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno Invalidi.

**** Per il DUPLICATO**

- Denuncia di Smarrimento/Furto.