

Marca da bollo da € 16,00
solo per contrassegni temporanei,
ovvero sotto i 5 anni

**Al Signor Sindaco del Comune di
Villafranca Padovana**

Richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili

(ai sensi del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 e del D.P.R. 30/07/2012, n. 151)

Il/La sottoscritto/a _____ [M] [F] nato/a a _____
il _____ e residente a Villafranca Padovana in via _____
n. _____ telefono n. _____ e-mail _____
in qualità di intestatario/a - Amministratore di sostegno/tutore di _____ [M] [F]
(Art. 5 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)
nato/a a _____ il _____ residente a Villafranca Padovana in via
_____, n. _____,
estremi atto di nomina a curatore/tutore _____,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione C.d.S. D.P.R. 16/12/1992, n. 495

- il **RILASCIO** del contrassegno invalidi **PERMANENTE**;
- il **RILASCIO** del contrassegno invalidi **TEMPORANEO** fino al _____;
- il **RINNOVO** del contrassegno invalidi **PERMANENTE** n. _____;
- il **DUPLICATO** del contrassegno invalidi n. _____ per furto smarrimento (allegare denuncia sporta all'autorità competente);

DICHIARA

ai sensi e per effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R. n. 445/2000,

- di essere a conoscenza che l'uso del contrassegno è personale ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'interessato, ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro comune;
- che il contrassegno deve essere **RESTITUITO** in caso di decadenza dei requisiti (decesso, scadenza ecc).

Villafranca Padovana, _____

firma del richiedente

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- certificazione di invalidità a tempo **indeterminato** (5 anni) rilasciata dall'Ufficio Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza;
- certificazione di invalidità a tempo **determinato** rilasciata dall'Ufficio Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza;
- certificazione di invalidità rilasciata dal **medico curante** (solo per il rinnovo dei contrassegni a tempo indeterminato);
- verbale della commissione medica INPS;
- dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio” (solo se si presenta il verbale della commissione medica INPS);
- n. 2 **fotografie uguali** formato tessera;
- n. 1 **marca da bollo** da € 16,00 (solo per contrassegni a tempo determinato);
- copia fotostatica di un documento di identità del richiedente;
- denuncia sporta all'autorità giudiziaria (da presentare solo in caso di furto/smarrimento);
- contrassegno scaduto oppure contrassegno da sostituire ai sensi del D.P.R. 30/07/2012, n. 151;
- atto di delega a terza persona per consegna/ritiro delle pratica per conto dell'interessato;
- documento di identità della persona delegata a presentare/ritirare la pratica;
- nomina amministratore di sostegno o tutore;
- _____;
- _____;