**RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI**

**Con contestuale Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

 AL COMANDO DI POLIZIA LOCALE

 VIA 800 MARTIRI

 73028 OTRANTO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail/pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESSENDO PERSONA DISABILE CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA/ IMPEDITA**

***Consapevole delle sanzioni previste dall’art.76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, dal codice penale e dalle leggi speciali nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, ai fini del rilascio dell’autorizzazione***

**CHIEDE**

**A favore di:**

 🞏 sé medesimo;

 🞏 in nome e per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 **il rilascio del contrassegno invalidi** come previsto dall’art. 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada (D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 modificato con il D.P.R. 30.07.2012 n. 151);

🞏 **il rinnovo del contrassegno invalidi** come previsto dall’art. 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada (D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 modificato con il D.P.R. 30.07.2012 n. 151), come titolare del contrassegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

🞏 **il rilascio di un duplicato** per:

* Deterioramento;
* Smarrimento;
* Furto.

**ALLEGATI**

1. **RILASCIO**
* 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 viene richiesta l’autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12 c. 3 D.P.R. 509/96);
* N. 2 (DUE) fotografie formato tessera a colori
* Copia del documento di identità del richiedente.
1. **RINNOVO**
* Certificato medico rilasciato dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni patologiche determinanti il deficit deambulatorio che ha dato luogo al rilascio del contrassegno;
* N. 2 (due) fotografie formato tessera a colori;
* Vecchio contrassegno in originale;
* Copia del documento di identità del richiedente;
1. **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO IN SEGUITO A SMARRIEMNTO, FURTO O DETERIORAMENTO:**
* Copia della denuncia di smarrimento, furto;
* *(in caso di contrassegno deteriorato)* contrassegno in originale deteriorato;
* N. 2 (due) fotografie formato tessera a colori;
* Copia del documento di identità del richiedente.

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessita’ che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche:

sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA FIRMA

 *(Il Titolare/ Tutore)*

***La richiedente autorizza espressamente il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. da parte dell’Amministrazione Comunale di Otranto.***

***I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.***

***DATA FIRMA***