

CODICE PRATICA RIFERIMENTO

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

RICHIESTA DI RILASCIO, RINNOVO, SOSTITUZIONE O DUPLICAZIONE DI AUTORIZZAZIONE PER PARCHEGGIO DISABILI

(Art. 6 del regolamento di attuazione dell'art. 27 della L. 30/03/1971 n. 118, art. 188 D.L. n. 285/92,
art. 12 D.P.R. n. 503/96 e D.P.R. 30/07/2012 n. 151)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di nascita	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residente in	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	
Indirizzo residenza	N. civico	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GENITORE DEL MINORE

(Compilare solo in caso di disabili con minore età)

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di nascita	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residente in	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza	<input type="text"/>	
Indirizzo residenza	N. civico	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

avvalendosi di procuratore/delegato

Dati del procuratore/delegato

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di nascita	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Studio professionale in	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo	N. civico	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE

il rilascio del contrassegno (validità anni cinque)

il rilascio del contrassegno temporaneo (validità inferiore ad anni cinque e soggetto ad imposta di bollo)

il rinnovo del contrassegno

Numero **Data**

il rinnovo del contrassegno temporaneo

Numero **Data**

il duplicato del contrassegno

Numero **Data**

in quanto smarrito

in quanto rubato

in quanto deteriorato

DICHIARAZIONI

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

di non possedere altra autorizzazione in corso di validità (es. CUDE)

DICHIARA INOLTRE

di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

ALLEGATI

Procura speciale / Delega

.....

Documento di identità in corso di validità

.....

Scansione di una foto formato tessera a colori e recente da consegnarsi in originale al momento del ritiro del contrassegno

.....

Copia del verbale della commissione medica integrata

.....

Certificazione medica, rilasciata dall'ufficio medico-legale asl di appartenenza
(in caso di rilascio, rilascio temporaneo e rinnovo temporaneo)

.....

Certificazione rilasciata dal medico curante attestante il permanere dell'incapacità di deambulazione
(in caso di rinnovo (non temporaneo))

.....

Scansione del contrassegno scaduto/deteriorato da consegnarsi in originale agli uffici in occasione del ritiro
(in caso di rinnovo (non temporaneo) e duplicazione (se deteriorato))

.....

Denuncia di smarrimento

.....

Denuncia di furto

.....

Immagine tesserino deteriorato

.....

Estremi dei codici identificativi delle marche da bollo e scansione delle stesse

Identificativo marca da bollo

.....

Altri allegati

Inserire una breve descrizione dell'allegato...

.....

Richiedente

.....