

**RICHIESTA CONTRASSEGNO EUROPEO DI PARCHEGGIO
PER LE PERSONE CON DISABILITA'**

1 sottoscritt _____ nat a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____
telefono _____ email _____

(SE LA RICHIESTA RIGUARDA MINORI O IMPOSSIBILITATI ALLA FIRMA)

genitore/tutore/amministratore di sostegno di _____
nato a _____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____

(in tal caso allegare copia documento d'identità in corso di validità e copia dell'atto di nomina del tribunale per il
tutore/amministratore di sostegno)

CHIEDE

[] IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO

A tale scopo allega:

- 1 -Certificazione medica in originale rilasciata dall'Ufficio medico legale della ASL Roma 6, dalla quale risulta che la persona ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, (art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.D.S.) o verbale della commissione medica recante la dicitura "invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 381 del D.P.R. 495/92)";
- 2 - Copia documento d'identità in corso di validità;
- 3 - N. 2 Fotografie recenti a colori formato tessera (massimo 6 mesi);
- 4 - ricevuta di versamento di Euro 10,00 da effettuare sul conto corrente postale n. 50047000 intestato a "Comune di Monte Porzio Catone servizio contravvenzioni" causale "diritti istruttoria contrassegno persone con disabilità";

[] IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO N. _____

A tale scopo allega:

- 1 - Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno".
- Nel caso in cui il precedente permesso abbia una validità inferiore ai 5 anni, certificazione medica in originale rilasciata dall'Ufficio medico legale della ASL Roma 6, dalla quale risulta che la persona ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, (art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.D.S.);
- 2 - Copia documento d'identità in corso di validità;
- 3 - Contrassegno scaduto;
- 4 - N. 2 Fotografie recenti a colori formato tessera (massimo 6 mesi);
- 5 - ricevuta di versamento di Euro 10,00 da effettuare sul conto corrente postale n. 50047000 intestato a "Comune di Monte Porzio Catone servizio contravvenzioni" causale "diritti istruttoria contrassegno persone con disabilità";

[] IL DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO N° _____ per [] furto [] smarrimento [] deterioramento

A tale scopo allega:

- 1 - secondo il caso:
 - FURTO/SMARRIMENTO Denuncia di furto o smarrimento in cui risulti il numero di contrassegno;
 - DETERIORAMENTO Contrassegno deteriorato;
- 2 - Documento d'identità in corso di validità;
- 3 - N. 2 Fotografie recenti a colori formato tessera (massimo 6 mesi);
- 4 - ricevuta di versamento di Euro 10,00 da effettuare sul conto corrente postale n. 50047000 intestato a "Comune di Monte Porzio Catone servizio contravvenzioni" causale "diritti istruttoria contrassegno persone con disabilità";

FIRMA

.....
RITIRO

Il contrassegno n. _____ è stato ritirato in data _____ da _____

Firma _____