AL COMUNE DI MONTE PORZIO CATONE
POLIZIA LOCALE

MODULO PER RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

_l_ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

telefono _____ email _____

(SE LA RICHIESTA RIGUARDA I MINORI O IMPOSSIBILITATI ALLA FIRMA)

genitore/tutore di _____ nat_ 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 curatore/tutore).

CHIEDE

[ ] IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI
A tale scopo allega:
1 -Certificazione medica in originale rilasciata dall'Ufficio medico legale della ASL ROMA6, 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 disabili";

[ ] IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI 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 ROMA6, 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 disabili";

[ ] 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 disabili";

FIRMA

_____

……....

RITIRO

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

Firma _____