



CITTÀ DI SANNAZZARO DE' BURGONDI

PROVINCIA DI PAVIA

Codice Fiscale 00409830189

Via Cavour n. 18

Telefono 0382 – 995611 (centralino)

Mail – info@comune.sannazzarodeburgondi.pv.it

Pec – protocollo.comunesannazzarodeburgondi@pec.it

Sito Internet – www.comune.sannazzarodeburgondi.pv.it

C.A.P. 27039

Fax 0382-901264

Gemellato con il Comune di
Szàshalombatta (Ungheria)



Al Servizio POLIZIA LOCALE

Comune di

27039 -Sannazzaro de' Burgondi (PV)

Il /La sottoscritto/a
nat... a il e residente a Sannazzaro de'
Burgondi (PV) in.....,
tel.

da compilare se il richiedente è soggetto diverso dal titolare del contrassegno

Nella qualità di:

- ☐ **Genitore** (esercitante la potestà)
- ☐ **Tutore/Amministratore di sostegno**

Cognome Nome nat... a
..... il e residente a Sannazzaro
de' Burgondi (PV) in

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di
dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000;

DICHIARA

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

che la propria capacità di deambulazione risulta sensibilmente ridotta a seguito di malattia
documentata dalla certificazione allegata

CHIEDE

- ☐ **IL RILASCIO** del contrassegno
- ☐ **RINNOVO** del contrassegno n. _____

per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide

Dichiara di essere a conoscenza che:

1. l'uso del contrassegno è personale ai sensi dell'art. 188 del CdS;
2. non può essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato da altro Comune;
3. che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza, scadenza, ecc.).

Dichiara altresì, che:

- I. la copia del verbale rilasciato da: ATS Pavia / Ministero del Tesoro / INPS di Pavia allegata alla presente domanda, è conforme all'originale;
- II. quanto attestato sugli stessi non è stato revocato, sospeso o modificato.

Il sottoscritto conferisce il consenso al trattamento dei dati forniti con la presente a Codesto Ente. (Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

Lì.....

Firma.....

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- fotocopia documento di identità;
- Copie Verbali COMMISSIONE INVALIDITA' ATS, VERBALE INPS O COMMISSIONE MEDICA DI VERIFICA DEL MINISTERO DEL TESORO;
- certificato ATS rilasciato ai sensi della legge 104/92;
- certificazione medica rilasciata dal Dipartimento Prevenzione Medica dell'ATS Pavia;
- n. 1 fototessera;

IN CASO DI RINNOVO (ad esclusione per i soggetti per i quali il rilascio avviene d'ufficio come indicato da circolare ASL):

- a) contrassegni a scadenza naturale (5 anni) presentare una certificazione rilasciata dal medico di base che attesti **“persistono le condizioni cliniche che hanno dato luogo al rilascio;**
- b) contrassegni a durata limitata con scadenza fissata dai medici di sanità pubblica presentare un nuovo certificato rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione Medica dell'ATS di Pavia

È necessario presentarsi personalmente o tramite persona delegata munita di documento di identità e atto di delega. **Il contrassegno ha la durata di CINQUE ANNI, salvo prescrizioni diverse indicate nelle certificazioni rilasciate dalle Strutture sanitarie competenti**, è personale, non vincolato al veicolo utilizzato.