



COMUNE DI LAZZATE

c.a. Comando di Polizia locale

Modulo di richiesta contrassegno per mobilità di persone con disabilità

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ ()

Codice fiscale _____

Residente a _____ () in via _____

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni _____

CHIEDE (barrare la casella corrispondente)

- ☐ Per se stesso
- ☐ Per: Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
- Residenza _____

- ☐ Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con “capacità di deambulazione sensibilmente ridotta”).

A tale scopo allega:

- Certificato di accertamento dell’handicap – legge 104/92 con dicitura “presenta capacità di deambulazione sensibilmente ridotta – SI”;
- OPPURE Certificato medico-legale uso contrassegno auto con dicitura “ha diritto al rilascio del contrassegno”;

LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA’ CIVILE, ANCHE AL 100%, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI.

- Documento di identità in corso di validità
 - Fotografia formato tessera
 - ☐ Il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità inferiore a 5 anni.
- A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto.

- ☐ Il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità di 5 anni.

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”. Non è necessario né rilevante l’indicazione della diagnosi;
- Documento in corso di validità
- Contrassegno scaduto;
- Fotografia formato tessera.

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Lazzate, _____

Il Richiedente _____