

DOMANDA PER IL RILASCIO/ RINNOVO/ DUPLICATO/ SOSTITUZIONE PER SMARRIMENTO DEL "CONTRASSEGNO INVALIDI"

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto

(Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data di nascita: |_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|

cittadinanza _____ luogo di nascita: Comune _____

Provincia _____ Stato _____ residenza: C.A.P. |_|_|_|_|_|_|_|_| Bari Sardo

Via/piazza _____ n. _____ recapito telefonico*: _____

e-mail*: _____

(* sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni),

CHIEDE

(barrare e completare solo il riquadro che interessa)

PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO

(Allegare **Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza** attestante che la persona ha "effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta" (ai sensi dell'art.381 del DPR n.495/92, oppure che appartiene alla categoria dei non vedenti (ai sensi dell'art. 12 c. 3 D.P.R.n.503/96);

RINNOVO DEL CONTRASSEGNO (con durata 5 anni) N. _____ scadente il _____

(Allegare **Certificato del medico curante** che attesti espressamente "il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio" del contrassegno in scadenza, e fotocopia del contrassegno in scadenza, da restituire in originale al ritiro del contrassegno rinnovato);

RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (di durata inferiore ai 5 anni) N. _____ scadente il _____

(Allegare **Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza** attestante come indicato per il primo rilascio che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio.

DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO N. _____ scadente il _____

(Allegare: Contrassegno in originale, in caso di contrassegno deteriorato o illeggibile; Denuncia alle Forze di Polizia, in caso di smarrimento o furto);

DICHIARA

(TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI)

di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n° 196/03 – Reg.

Europeo 679/2016 – D.Lgs. 101/2018.

- di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DELEGA

Il sig./sig.ra _____
nato il _____ a _____ Prov. (_____) e residente in
_____-Prov. (_____) Via/Piazza _____
_____ Tel. _____ a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto
il relativo contrassegno.

Bari Sardo, li _____

Il sottoscritto

(firma per esteso e leggibile)

Oltre, alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:

- **n. 1 fototessera recente;**
- **copia di un documento di identità in corso di validità dell'interessato e dell'eventuale delegato.**
- **In caso di richiesta di duplicato Contrassegno in originale, se contrassegno deteriorato o illeggibile ovvero Denuncia alle Forze di Polizia, in caso di smarrimento o furto.**

Annotazioni:

- ✓ Il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del Titolare;