



Alla Direzione "Corpo Polizia Municipale" - "Ufficio Autorizzazioni"
Piazza Vincenzo Spedini, 5/a - 95123 Catania

RISERVATO ALL'UFFICIO

Contrassegno n. I_I_I_I_I_I_I_I del I_I_I - I_I_I - I_I_I_I_I

ISTANZA RILASCIO O RINNOVO " CONTRASSEGNO PARCHEGGIO DISABILI "

(art. 188 d.Lgs. n. 285/92, art. 381 D.P.R. n.384/1978 modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 nel caso di false dichiarazioni, ai sensi di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, io sottoscritto

DICHIARO:

Cognome e Nome _____

Data di nascita I__I__I - I__I__I - I__I__I__I__I cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residente a Catania Via/ Piazza _____ n. _____,

recapito telefonico*: _____ / Cell.*: _____

email*: _____ (*indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

curatore procuratore tutore amm. di sostegno (art. 5 DPR 28.12.2000, n. 445)

di Cognome e Nome _____

Data di nascita I_I_I - I_I_I - I_I_I_I_I Luogo di nascita: Comune _____

Provincia(____)Stato _____ residente a Catania Via/ Piazza _____ n. _____

1. l'uso del contrassegno è strettamente personale;
2. non può essere in possesso di analoga autorizzazione rilasciata da altri Comuni;
3. il contrassegno **deve essere restituito** in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del titolare, **entro 30 giorni**;
4. la presentazione dell'istanza ed il ritiro del contrassegno avverrà presso Ufficio Autorizzazioni - Direzione Corpo P.M. con il seguente orario:
Lunedì e Mercoledì 09:00 - 12:00
Martedì 16:00 - 18:00
Giovedì 15:00 - 17:00

CHIEDE

(Barrare e completare il riquadro che interessa)

PRIMO RILASCIO

Allegare originale o copia conforme dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.L. o I.N.P.S. per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile - Legge 104 riportante la non deambulazione (art. 8 L. 449/1957 - art. 381 D.P.R./92 - art. 30 co. 7 L. 388/2000) oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti, ai sensi dell'art. 12 co. 3 D.P.R., n. 503/96

RINNOVO DEL PASS N. _____ **con scadenza il** _____
Allegare: 1) certificato del medico curante che “confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno in scadenza”. **(D.P.R. 495/92 - D.P.R. 151/12)**

CONTRASSEGNO TEMPORANEO (durata inferiore a 5 anni)
Allegare originale o copia conforme dell’attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.L. per l’accertamento dello Stato di Invalidità Civile.
N.B.:
Alla scadenza del contrassegno temporaneo, l’eventuale rinnovo dovrà essere richiesto presentando nuova documentazione medica rilasciata dalla Commissione Medica sopra indicata

DUPLICATO DEL PASS N. _____ **con scadenza il** _____
Allegare fotocopia del PASS deteriorato o illeggibile, da restituire al ritiro del duplicato

DUPLICATO DEL PASS N. _____ **causa SMARRIMENTO o FURTO**
Allegare denuncia

DELEGA

Il sottoscritto delega il/la Sig/ra _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. (____)
e residente in _____ Prov. (____) Via/Piazza _____
_____ Tel. _____ a presentare la richiesta.

Il sottoscritto autorizza l’Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte dell’Ufficio, nei limiti e con le regole stabilite dall’art. 13 D.Lgs. 30.06.2003, n. 196

SI **NO**

Il dichiarante _____ Il delegato _____
(firma per esteso e leggibile)

PASS N. _____ Scade il _____

Consegnato al richiedente I_ I_ I - I_ I_ I - I_ I_ I_ I_ I - Per Ricevuta _____

Visto Operatore _____

N.B: Oltre alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:
a) n. 2 foto tessera (dimensioni L 3,5 x h 4 cm.) recenti e uguali tra loro da presentare al ritiro del Pass;
b) copia documento di identità in corso di validità, sia del richiedente che dell’eventuale delegato.