

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI** (DPR 495/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a Montevercchia (LC) in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ int. \_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**IN NOME E PER CONTO DI (se persona diversa dal richiedente)**

Sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente

a Montevercchia (LC) in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ int. \_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

e **DICHIARANDO** a tal fine, valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità di **AGIRE IN QUALITA' di:**

- FAMILIARE CONVIVENTE  FAMILIARE NON CONVIVENTE  
 TUTORE (indicare gli estremi dell'atto)  ALTRO (allegare delega scritta)

**CHIEDE**

- IL RILASCIO  IL RINNOVO del contrassegno nr. \_\_\_\_\_  IL DUPLICATO del contrassegno nr. \_\_\_\_\_  
per \_\_\_\_\_

**dell'autorizzazione e relativo contrassegno invalidi di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e successive modificazioni**, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato, attestante una effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta così come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D. Lgs. n. 196/2003.

Montevercchia, li \_\_\_\_\_

Il/la Richiedente \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Copia carta d'identità del richiedente (art.38/3° DPR445/2000)  
 Nr. 1 Fotografia formato tessera.  
 Certificato del Medico Legale della ASST  
 Copia del verbale di riconoscimento dello status di invalido civile con impossibilità di deambulare (Codici 05-06-09-14-15)  
 Per il Rinnovo Autorizzazione e Contrassegno: Certificato Del Medico Curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio  
 Per il Duplicato Denuncia di Smarrimento/Furto.