

# MODULO RICHIESTA CONTRASSEGNO PARCHEGGIO DISABILI

Al Sig. SINDACO  
del Comune di Aci Castello

La/il sottoscritta/o ....., nata/o a ..... Prov. ...., il.....,  
residente ad Aci Castello in via..... n. ...., tel. ....

(barrare la casella corrispondente alla propria richiesta)

**Chiede il rilascio del contrassegno di parcheggio disabili (art. 381 del DPR 495/92 e succ. mod.)**

A tale scopo allega:

- o Certificato originale rilasciato dall'Ufficio Medico Legale della ASP di appartenenza, attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 del DPR 495/1992 e successive modificazioni);
- o Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- o N. 2 foto formato tessera dell'interessato.

**Chiede il rinnovo del contrassegno di parcheggio disabili n..... con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- o Certificato originale rilasciato dall'Ufficio Medico Legale della ASP di appartenenza, attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 del DPR 495/1992 e successive modificazioni);
- o Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- o N. 2 foto formato tessera dell'interessato;
- o Contrassegno scaduto.

**Chiede il rinnovo del contrassegno di parcheggio disabili n..... con validità di 5 anni-permanente**

A tale scopo allega:

- o Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- o Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- o N. 2 foto formato tessera dell'interessato;
- o Contrassegno scaduto.

**Chiede il rinnovo del contrassegno di parcheggio disabili n..... con validità di 5 anni-temporaneo**

A tale scopo allega:

- o Certificato originale rilasciato dall'Ufficio Medico Legale della ASP di appartenenza, attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 del DPR 495/1992 e successive modificazioni);
- o Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- o N. 2 foto formato tessera dell'interessato.
- o Contrassegno scaduto.

Lo scrivente espressamente dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art.76 del DPR n°445/2000 che i dati forniti corrispondono al vero; ai sensi del D. Lvo 196/2003 e succ. mod. e ii.consente il trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione. S' impegna inoltre a comunicare ogni eventuale modifica della residenza o di situazioni che comportino la decadenza dei benefici richiesti ed a restituire il relativo contrassegno.

Aci Castello, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

**In qualità di curatore/tutore allega documento di identità e atto di nomina del tribunale**

Il contrassegno parcheggio disabili n. .... del ..... viene consegnato in data .....  
all'avente diritto Sig..... nato a ..... il  
..... residente in ..... via ..... n.....

Aci Castello, \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

L'addetto alla consegna: \_\_\_\_\_