

Marca da bollo
€ 16,00
*** (VEDI NOTA A**
PIE' DI PAGINA)



C O M U N E D I N E
Città Metropolitana di Genova
Polizia Municipale



Piazza dei Mosto 2, 16040 NE (Ge)
- Tel. 0185.337090 Fax 0185.337530
Codice fiscale 82002590105 - Partita I.V.A.
00209460997

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a NE in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria locale attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identit 
- Nr. 02 fototessere

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validit  inferiore a 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria locale attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identit 
- Contrassegno scaduto
- Nr. 02 fototessere
- Marca da bollo da € 14,62 (*** vedi nota a pi  di pagina**)

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validit  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**"
- Documento d'identit 
- Contrassegno scaduto
- Nr. 02 fototessere

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento   il Comune di NE. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di NE o di altre societ  nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

NE, _____
Data

firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

Delega per ritiro documenti

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

DELEGA

il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ a ritirare il CONTRASSEGNO DISABILI a me intestato

(luogo e data)

Il delegante

(firma leggibile)

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante

SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO

Cura il ritiro il/la sig. _____

Identificato/a a mezzo del seguente documento: _____

(luogo e data)

(firma dell'impiegato addetto)

* Contrassegno invalidi : esenzione di bollo

La Legge 23 dicembre 2000 nr. 388 ha stabilito che il rilascio del contrassegno invalidi, quello utilizzato per parcheggiare negli spazi riservati è esente da imposta di bollo e riservato alle persone con difficoltà di deambulazione sensibilmente ridotta.

Lo prevede l'articolo 33, comma 3 lettera c) modificando la tabella di cui all'allegato B del Decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972 nr. 642 . **La tabella in questione elenca appunto gli atti esenti da imposta di bollo.**

- Dopo l'articolo 13 è inserito il seguente. "art. 13-bis. Contrassegno invalidi, rilasciato ai sensi dell'articolo 381 del Regolamento di esecuzione del nuovo Codice della Strada , approvato con D.P.R. 16 dicembre 1992 nr. 495 a soggetti la cui invalidità comporta ridotte o impedito capacità motorie **PERMANENTI**."

(TIMBRO O CARTA INTESTATA DEL MEDICO DI BASE)

**MODULO DI CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DISABILI CON SCADENZA
QUINQUENNALE**
(non per quelli con validità inferiore DI COMPETENZA DELL'UFFICIO DI MEDICINA LEGALE DELLA ASL DI
COMPETENZA)

In ordine alla richiesta di rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo presentata dal Sig.

_____ nato a _____ il _____ e residente a _____
in via / p.zza _____ n° _____
titolare del Contrassegno per parcheggio per disabili N° _____, rilasciato
dal Comune di _____ con scadenza il _____

Preso visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla
Giunta Regionale della Liguria con delibera n° 1030/2013 e ss.mm. e ii

- presa visione del documento rilasciato dall'Ufficio di medicina legale della ASL _____
che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili (barrare la casella se esiste
detto documento)

Si certifica

- per quanto di competenza, che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno per il
parcheggio dei disabili, AI SENSI DEL DGR 1030/2013 DELLA REGIONE LIGURIA

ovvero

- si rinvia il richiedente mio assistito al parere definitivo all'Ufficio di Medicina Legale
della ASL _____.

_____ luogo _____ data

(Timbro e Firma del Medico Base)

FINE TESTO