



COMUNE DI PESCANTINA (VERONA)
37026 VIA MADONNA 47 - TEL. 0456764238/FAX 0456764210
CORPO POLIZIALE LOCALE

RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO DISABILI

richiesta dell'avente diritto

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o 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 io sottoscritto/a

Dichiaro

Codice Fiscale :

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov. : _____ Il giorno: _____

Residente a: _____ Via _____ N.civico: _____ CAP _____

Tel.* _____ Fax* _____ indirizzo e.mail* _____

(* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

DICHIARO di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO

RILASCIO nuovo permesso

RINNOVO permesso n. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L. Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa, **allego fotocopia della carta di circolazione**:

TARGA _____

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Municipale di Verona.

In deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalide, ai sensi dell'art. 188 del D. Lgs. n° 285 del 30.04.1992 (Codice della Strada) e relativo Regolamento di esecuzione, ed in attuazione al D.P.R. del 30 luglio 2012 n°51, conforme la Raccomandazione Europea n°98/376/Ce della nuova procedura al rilascio del nuovo contrassegno.

Documenti da allegare alla domanda

RICHIESTA NUOVO PERMESSO QUINQUENNALE

- -Documento di identità in corso di validità;
- -Certificato medico in originale **rilasciato dall'ufficio medico –legale dell'Unità Sanitaria** Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha titolo ai sensi dell'art. 381 DPR 495/92, ovvero **verbale della commissione medica integrata** ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, **dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno**, presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale;
- -Due foto a colori, formato tessera, **dell'avente diritto**.
- Fotocopia carta di circolazione del veicolo scelto per l'uso frequente degli spostamenti.

RICHIESTA RINNOVO PERMESSO QUINQUENNALE

- Vecchio permesso in originale;
- Documento di identità in corso di validità;
- **Certificato del medico curante in originale** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
- **Due foto a colori**, formato tessera, **dell'avente diritto**;
- **N.B. I rinnovi** vengono effettuati solo se il certificato dell'Ufficio medico-legale dell'Ulss è stato rilasciato senza limiti. I permessi rilasciati a fronte di un certificato con periodo limitato(es. due anni), non sono rinnovabili ed è quindi necessario chiedere un nuovo permesso.
- **Fotocopia carta di circolazione** del veicolo scelto per l'uso frequente degli spostamenti.

RICHIESTA PERMESSO TEMPORANEO

- Documento di identità in corso di validità;
- **Certificato medico** in originale **rilasciato dall'ufficio medico –legale dell'Unità Sanitaria** Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha titolo ai sensi dell'art. 381 DPR 495/92, ovvero **verbale della commissione medica integrata** ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, **dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno**, presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale;
- **n° 2 foto** a colori, formato tessera, dell'avente diritto.
- **n° 2 marche** da bollo da €. 16,00.
- **Fotocopia carta di circolazione** del veicolo scelto per l'uso frequente degli spostamenti.

Allego: certificato medico in originale ovvero copia del verbale della commissione medica integrata originale permesso di cui sono in possesso(in caso di richiesta di rinnovo).

Data,/...../.....

Firma leggibile _____

ORARI DEL MEDICO DELL'ASL 22DI BUSSOLENGO

LUNEDI' MARTEDI' GIOVEDI' DALLE 11:30 ALLE 12:30

VENERDI DALLE 10:30 ALLE 11:30

TELEFONI: 045/6712300 - CENTRALINO