

Il sottoscritt _____ nat a _____

Il _____ residente in San Pier Niceto in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____, Tel. _____

nella qualità di invalido civile con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

per conto di _____, nat a _____

il _____, residente in San Pier Niceto in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____, Tel. _____

in atto impossibilitat _____

CHIEDE

RILASCIO

RINNOVO

DUPLICATO PER:

SMARRIMENTO

DETERIORAMENTO

Per il rilascio del contrassegno invalidi, previsto dall'art. 381 del Regolamento di attuazione del C. d. S. (D.P.R. n. 495 del 16/12/1992 e successive modifiche ed integrazioni).

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

- che l'uso dell'autorizzazione è personale ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario, ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza ecc.)

Acconsente al trattamento dei dati personali, ai sensi delle disposizioni vigenti.

Allega alla presente:

- Certificazione medica, rilasciata dall'ASP comprovante il possesso dei requisiti o verbale della Commissione Medica Integrata riportante l'annotazione " ricorrono le previsioni di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 (Rilascio).
- Certificato del medico curante comprovante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio o verbale della Commissione Medica Integrata riportante la predetta annotazione (Rinnovo).
- Copia Fotostatica del documento di identità.
- Una foto formato tessera.

Fiducios_ ringrazia

San Pier Niceto, li _____

Il Richiedente

**COMUNE DI SAN PIER NICETO
(PROVINCIA DI MESSINA)**

Visto: si rilascia il contrassegno N. _____

San Pier Niceto, li _____

Il Sindaco