

AL SIG. SINDACO  
DEL COMUNE DI CROTONE

Il/La sottoscritto/a .....  
nat .... a ..... il ..... e residente a  
CROTONE in Via .....,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;

**CHIEDE**

- ☐ IL RILASCIO del contrassegno per il parcheggio invalidi;
- ☐ IL RINNOVO del contrassegno per il parcheggio invalidi n. .... rilasciato in data .....
- ☐ IL DUPLICATO del contrassegno per il parcheggio invalidi n. .... rilasciato il ..... scadenza ..... per ☐ smarrimento ☐ deterioramento ☐ furto

dichiara di essere a conoscenza che:

1. l'uso del contrassegno è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
2. non può essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato da altro Comune;
3. il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

Crotone, .....

firma .....

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

✓ IN CASO DI RILASCIO O DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO CON VALIDITA' INFERIORE A CINQUE ANNI:

- ❖ Fotocopia documento di identità dell'invalido;
- ❖ Certificato rilasciato dall'A.S.L. n. 5, Ufficio di Medicina Legale che attesti la condizione di non vedente o di persona con ridotte o impedite capacità motorie/deambulatorie;
- ❖ IN ALTERNATIVA AL PREDETTO CERTIFICATO MEDICO:
- ❖ Copia Fotostatica del Verbale della Commissione medica integrata di cui all'art. 20 del D.L. 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modifica dalla legge 3 agosto 2009, che riportano anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'art. 381 del decreto del Presidente della repubblica 16/12/1992, n. 495 e successive modifiche ed integrazioni.
- ❖ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da stilare al momento della richiesta, sulla conformità del verbale della commissione medica integrata;
- ❖ Al momento della richiesta deve essere esibito, in originale, il verbale della commissione medica integrata per la visione;
- ❖ Il contrassegno scaduto in caso di rinnovo.

IN CASO DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO CON VALIDITA' QUINQUENNALE:

- ❖ Certificazione del Medico Curante attestante che l'interessato per la patologia di cui soffre ha ridotte ed impedite capacità motorie/deambulatorie e che pertanto, sussistono le condizioni che hanno origine al rilascio del contrassegno parcheggio invalidi;
- ❖ Fotocopia documento di identità dell'invalido ;
- ❖ Contrassegno scaduto.

*Il contrassegno ha la durata massima di cinque anni, è personale, non vincolato al veicolo utilizzato ed ha valore su tutto il territorio nazionale.*

Rilasciato contrassegno n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Per ritiro: data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_