



CITTA' DI ALBANO LAZIALE
Citta Metropolitana di Roma Capitale
CORPO DI POLIZIA LOCALE ALBANO LAZIALE

OGGETTO: CONTRASSEGNO INVALIDI

(Previsto dal DPR 495/92, art.381, aggiornato dal DPR 610/96 e dal DPR 503/96)

*Modulo da presentare **esclusivamente** presso il Comando Polizia Locale il **Martedì dalle ore 09:00 alle 12:00** o il **Mercoledì dalle ore 15:00 alle 18:00**.*

Io Sottoscritto _____

Nato/a _____ il _____

Residente ad Albano Laziale in via/p.zza _____

Tel _____ Cell. _____ Email _____

Richiede il: RILASCIO RINNOVO DUPLICATO SOSTITUZIONE (inserire num. vecchio contrassegno) _____

Allegando la seguente documentazione:

PER RILASCIO DEL CONTRASSEGNO c.d. PERMANENTE (validità 5 anni):

1. Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza o INPS **COMPLETO DI OGNI SUA PARTE**, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (c.3 art.381 del DPR 495/92);
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **RECENTE**.

PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO c.d. PERMANENTE (validità 5 anni):

1. Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta);
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **SUCCESSIVA A QUELLA DEL VECCHIO CONTRASSEGNO**;
4. Contrassegno posseduto, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno.

PER RILASCIO DEL CONTRASSEGNO c.d. TEMPORANEO (a tempo determinato-validità 1-4 anni):

1. Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza o INPS **COMPLETO DI OGNI SUA PARTE**. La relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità (c. 4 art.381 del DPR 495/92);
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **RECENTE**;
4. Marca da bollo di € 16,00.

PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO c.d. TEMPORANEO (a tempo determinato-validità 1-4 anni):

1. Trascorso il presumibile periodo di durata dell'invalidità a tempo determinato, di cui al punto precedente, è consentita l'emissione di un nuovo contrassegno a tempo determinato, previa ulteriore certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza o INPS **COMPLETO DI OGNI SUA PARTE**, che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio;
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **SUCCESSIVA A QUELLA DEL VECCHIO CONTRASSEGNO**;
4. Contrassegno posseduto, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno.
5. Marca da bollo di € 16,00.

PER DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO (in caso di deterioramento):

1. Originale del contrassegno di parcheggio per invalidi deteriorato, da restituirsi al momento del ritiro del nuovo contrassegno;
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **RECENTE**;

PER SOSTITUZIONE (duplicato) DEL CONTRASSEGNO (in caso di smarrimento o furto):

1. Denuncia, presso gli organi di polizia, di furto o smarrimento del contrassegno;
2. **Copia** di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
3. Una foto formato tessera **RECENTE**.

A tal fine

DICHIARA, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di Legge che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero;

Per l'istruzione della pratica è **INDISPENSABILE CHE SI PRESENTI ANCHE L'INTESTATARIO DEL CONTRASSEGNO**

che DELEGA **PER IL SOLO RITIRO** il/la Sig. _____, per proprio conto ed allega copia del documento di identità in corso di validità.

N.B. in riferimento al D.Lgs n. 196/2003, si comunica all'utente che i dati personali forniti relativi alla pratica in oggetto, verranno utilizzati solo ed esclusivamente per il Procedimento Amministrativo in atto, non verranno divulgati fuori dall'ambito degli uffici Comunali e verranno detenuti negli archivi cartacei ed informatici del Comune di Albano laziale, dal momento della definizione dell'istanza.

Albano Laziale, lì _____ Firma **DELL'INTESTATARIO** _____