Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al Sig. Sindaco del Comune di Benevento

del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Settore Mobilità e Traffico

RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

(la domanda va compilata a nome del disabile)

\_l\_ Sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Benevento in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se già in possesso di un contrassegno invalidi riportare di seguito i dati

Pass N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di ottenere il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili di cui alla figura V4 dell’art. 381 D.P.R. 495/92 (così come modificato dal D.P.R. 151 del 30/07/2012), specificando che trattasi di:

* **Rilascio contrassegno parcheggio invalidi (ai sensi DPE 503/96, art. 188 D.lgs. 285/92)**

Allegare:

* Certificato medico rilasciato dall’ASL BN1 Ufficio di Medicina Legale o Verbale Commissione Medica attestante la grave limitazione della capacità a deambulare;
* Autodichiarazione, se si presenta verbale di commissione medica attestante lo sato di validità del Verbale Commissione Medica;
* Copia del documento di riconoscimento preferibilmente la Carta d’Identità;
* 3 fotografie recenti formato tessera senza occhiali scuri.
* **Rinnovo contrassegno parcheggio invalidi N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Allegare:

* Autorizzazione e Contrassegno originale scaduto;
* Per scadenza inferiore ai 5 anni Certificato medico rilasciato dall’ASL BN1 Ufficio di Medicina Legale o Verbale Commissione Medica attestante la grave limitazione della capacità a deambulare, con autodichiarazione attestante lo sato di validità del Verbale Commissione Medica;
* Per scadenza di 5 anni certificato del medico di famiglia;
* Copia del Documento di riconoscimento
* 3 fotografie recenti formato tessera senza occhiali scuri.
* **Duplicato contrassegno parcheggio invalidi N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per deterioramento**

Allegare:

* Autorizzazione e contrassegno originario deteriorato;
* 3 fotografie recenti formato tessera senza occhiali scuri.
* **Duplicato contrassegno parcheggio invalidi N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per smarrimento**

Allegare:

* Denuncia di smarrimento;
* Autorizzazione originale;
* 3 fotografie recenti formato tessera senza occhiali scuri.

(\*) ricevuta pagamento (di 10 euro)

Se la domanda viene presentata da persona diversa dal disabile compilare la parte sottostante

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sottoscrive la presente domanda.

Benevento lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_