COMUNE DI PORTOSCUSO

RICHIESTA CONTRASSEGNO SPECIALE DI CIRCOLAZIONE
Art. 381 del D.P.R. 495/92

La domanda deve essere presentata al protocollo generale del Comune di Portoscuso – Via Marco Polo n. 1. Il contrassegno potrà essere ritirato decorsi 10 (dieci) giorni dalla richiesta presentata al protocollo, presso gli Uffici della Polizia Locale (Loc. Z.I. di Portovesme) con orario 10.00/12.00 dal Lunedì al Venerdì – pomeriggio Martedì e Venerdì h. 15.30/17.00.

AL COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE DI PORTOSCUSO (SU)

Il/La sottoscritto/a _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445) dichiara di essere:

richiedente maggiorenne

Nato/a a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov.._____

Via _____ n. _____

Tel. _____

richiesta per minori

GENITORE DI _____

nato/a a _____ Prov._____

residente a _____ Prov._____

via _____ n. ___

tel. _____

CHIEDE IL ***(barrare la voce che interessa)***

A( ) RILASCIO del contrassegno speciale
B( ) RINNOVO

C ( ) *DUPLICATO per* ( ) *smarrimento* ( ) *furto*
( ) *deterioramento*
( ) *altro:* _____

del contrassegno n. _____

Allegati:

- COPIA documento identità richiedente
- N° 2 (DUE) fotografie formato tessera.
- Per il primo RILASCIO del contrassegno allegare un CERTIFICATO della Azienda ASL attestante il possesso dei requisiti previsti
- Per il RINNOVO contrassegno rilasciato con validità 5 anni allegare un certificato del proprio medico curante (medico di base) attestante il persistere della condizione di disabilità.
- Per il RINNOVO contrassegno rilasciato con validità inferiore ai 5 anni allegare un certificato della Azienda ASL attestante il possesso dei requisiti.
- Eventuale denuncia di furto/smarrimento contrassegno.
-

RESTITUISCE

Il contrassegni invalidi n. _____ a causa di: ( ) DECESSO titolare ( ) SCADENZA contrassegno
( ) NON RINNOVO da parte della ASL.

IL CONTRASSEGNO DEVE ESSERE FIRMATO DAL RICHIEDENTE AL MOMENTO DEL RILASCIO.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al *Regolamento (UE) 2016/679*, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Portoscuso, _____ firma, _____