



COMUNE DI CORIGLIANO-ROSSANO
(PROVINCIA DI COSENZA)
POLIZIA LOCALE

AL SIG. SINDACO
Comune di Corigliano-Rossano

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a Corigliano-Rossano (CS) in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 495/92: cittadini con "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")

A tale scopo allega:

- - Certificato originale medico-legale, rilasciato dall'A.S.P. Regione Calabria (Provincia Cosenza) Servizio Medicina Legale di Rossano, attestante la **ridotta capacit  di deambulazione**;
- oppure Verbale di valutazione della L. 104/92 nel quale sono indicate le impedito o ridotte capacit  motorie;
- oppure copia autentica del verbale di invalidit  rilasciato dall'I.N.P.S. da cui si evince che si possiedono i requisiti di cui all'art. 4 D.L. 9 Febbraio 2012 n. 5 (capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta);
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di **€ 15,00** indicante la causale "Richiesta contrassegno disabili", effettuato tramite:
 - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Corigliano- Rossano – Servizio Tesoreria";
 - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  inferiore a 5 anni

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto (Contrassegno n. _____).

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  di 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**. Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi;
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- Contrassegno scaduto (Contrassegno n. _____);
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di **€ 15,00** indicante la causale "Richiesta contrassegno disabili", effettuato tramite:
 - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Rossano – Servizio Tesoreria";
 - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

Chiede il rilascio/sostituzione del contrassegno per smarrimento

A tale scopo allega:

- Denuncia all' Autorit  Competente;
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera).
- Attestazione del pagamento di **€ 10,00** indicante la causale "Sostituzione contrassegno disabili", effettuato tramite:
 - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Rossano – Servizio Tesoreria";
 - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

Chiede il duplicato del contrassegno per deterioramento e sostituzione

A tale scopo allega:

- Vecchio contrassegno;
- Documento d'identità in corso di validità;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di € 10,00 indicante la causale "Sostituzione contrassegno disabili", effettuato tramite:
 - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Rossano – Servizio Tesoreria";
 - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

Sostituzione del vecchio contrassegno giusto DPR 151 del 31/08/2012

A tale scopo allega:

- Vecchio contrassegno;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di € 10,00 indicante la causale "Sostituzione contrassegno disabili", effettuato tramite:
 - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Rossano – Servizio Tesoreria";
 - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

DICHIARA

Di essere a conoscenza:

- Che l'uso del contrassegno è strettamente personale ovvero non cedibile a terzi che non siano in quello specifico momento al servizio dell'interessato;
- Che non può essere in possesso di uguale autorizzazione/contrassegno rilasciato dal Sindaco di altro Comune;
- Che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza senza rinnovo, ritrovamento a seguito di smarrimento/furto e contestuale rilascio di duplicato);
- Delle sanzioni previste dall'art. 188 C.d.S. nel caso di mancato rispetto delle norme in esso contenute e delle condizioni e dei limiti indicati nell'autorizzazione;
- Di essere consapevole delle sanzioni penali e amministrative cui va incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 (FALSITA' MATERIALE E/O IDEOLOGICACOMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO – ART. 482 E 483 C.P. salvo che il fatto non costituisca più reato).

Corigliano-Rossano, _____
data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno/delegato)

IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/DELEGATO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ).

ALL'ATTO DEL RITIRO:

Corigliano- Rossano, _____
data firma