

Al Sig. Sindaco  
del Comune di LIPARI

**ISTANZA RILASCIO O RINNOVO  
"CONTRASSEGNO PARCHEGGIO DISABILI"**

(art. 188 d.Lgs. n. 285/92, art. 381 D.P.R. n.384/1978 modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 nel caso di false dichiarazioni, ai sensi di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, io sottoscritto/a

**DICHIARO:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita I\_\_I\_\_I - I\_\_I\_\_I - I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residente a Lipari Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

recapito telefonico\*: \_\_\_\_\_ / Cell.\*: \_\_\_\_\_

\* (indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

curatore  procuratore  tutore  amm. di sostegno (art. 5 DPR 28.12.2000, n. 445)

di Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita I\_\_I\_\_I - I\_\_I\_\_I - I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_

Provincia (\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ residente a Lipari Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

1. l'uso del contrassegno è strettamente personale;
2. non può essere in possesso di analoga autorizzazione rilasciata da altri Comuni;
3. il contrassegno **deve essere restituito** in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del titolare, **entro 30 giorni**;
4. la presentazione dell'istanza ed il ritiro del contrassegno avverrà presso l'Ufficio Protocollo - Corpo Polizia Municipale dal **Lunedì al Venerdì** dalle **9:00 alle 12:00**.

**CHIEDE**

(Barrare e completare il riquadro che interessa)

**PRIMO RILASCIO**

Allegare originale o copia conforme dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.P. o I.N.P.S. per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile - Legge 104 riportante la non deambulazione o capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 8 L. 449/1957 - art. 381 D.P.R./92 - art. 30 co. 7 L. 388/2000) oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti, ai sensi dell'art. 12 co. 3 D.P.R., n. 503/96

**RINNOVO DEL PASS N.** \_\_\_\_\_ **con scadenza il** \_\_\_\_\_  
 Allegare: 1) certificato del medico curante che "confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno in scadenza". (D.P.R. 495/92 - D.P.R. 151/12)

**CONTRASSEGNO TEMPORANEO** (durata inferiore a 5 anni)  
 Allegare originale o copia conforme dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della A.S.P. per l'accertamento dello Stato di Invalidità Civile.  
**N.B.:**  
 Alla scadenza del contrassegno temporaneo, l'eventuale rinnovo dovrà essere richiesto presentando nuova documentazione medica rilasciata dalla Commissione Medica sopra indicata

**DUPLICATO DEL PASS N.** \_\_\_\_\_ **con scadenza il** \_\_\_\_\_  
 Allegare fotocopia del PASS deteriorato o illeggibile, da restituire al ritiro del duplicato

**DUPLICATO DEL PASS N.** \_\_\_\_\_ **causa SMARRIMENTO o FURTO**  
 Allegare denuncia

**DELEGA**

Il sottoscritto delega il/la Sig/ra \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
 e residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ a presentare la richiesta.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte dell'Ufficio, nei limiti e con le regole stabilite dall'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196

**SI**     **NO**

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_ Il/La delegato/a \_\_\_\_\_  
 (firma per esteso e leggibile)

**PASS N.** \_\_\_\_\_ Scade il \_\_\_\_\_

Consegnato al richiedente I \_ I \_ I - I \_ I \_ I - I \_ I \_ I \_ I - Per Ricevuta \_\_\_\_\_

Visto Operatore \_\_\_\_\_

**N.B.:** Oltre alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:  
**a)** n. 2 foto tessera recenti e uguali tra loro;  
**b)** copia documento di identità in corso di validità, sia del richiedente che dell'eventuale delegato.