

Marca  
da bollo

€16,00

Pratica n° \_\_\_\_\_ (riservato all'ufficio di Polizia Locale)

AL SINDACO DI GIUSSANO

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE E CONTRASSEGNO INVALIDI**  
(Art. 188 del D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 e DPR 495/92 e successive modificazioni)

La/il sottoscritt/o \_\_\_\_\_ nata/o \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Giussano in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_,

**IN NOME E PER CONTO DI:** \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Giussano in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, e **DICHIARANDO** a tal fine, valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo

Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità, di **AGIRE IN QUALITÀ DI** : (vedi nota 1)

- FAMILIARE CONVIVENTE**       **FAMILIARE NON CONVIVENTE**  
 **ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ**' (indicare gli estremi dell'atto comprovante lo *status* giuridico) \_\_\_\_\_  
 **TUTORE** (indicare gli estremi dell'atto comprovante lo *status* giuridico) \_\_\_\_\_  
 **ALTRO** (allegare delega scritta)

**CHIEDE** (vedi nota 1)

- Il rilascio dell'autorizzazione e relativo contrassegno invalidi** di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e successive modificazioni.  
 **Il rinnovo dell'autorizzazione e relativo contrassegno invalidi** di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e DPR n. 495/92 e successive modificazioni.  
 **Il rilascio del duplicato del contrassegno invalidi:**       Deteriorato       Smarrito (come da allegata denuncia),

Dichiaro di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D. Lgs. n. 196/2003 (vedi nota 2).

Giussano, (data) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

La/Il richiedente: \_\_\_\_\_

**Allegati:** (vedi nota 1)

- Copia dei verbali della Commissione ASST/INPS per l'accertamento dell'Invalidità Civile/Handicap;  
 Certificazione medico-legale, rilasciata dall'ASST di residenza (vedi nota 3) che attesta la difficoltà a deambulare;  
 Certificato del medico curante o del pediatra di libera scelta che attesti la persistenza delle condizioni che determinano la difficoltà a deambulare;  
 N° due fotografie formato tessera recenti (vedi nota 4);  
 Copia di un documento d'identità, in corso validità, della persona invalida;  
 Restituzione del precedente contrassegno in caso rinnovo.

**Note:**

- (1) Contrassegnare con una X una o più caselle che interessano.  
(2) (Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente della Polizia Locale).  
(3) Le visite mediche si effettuano su appuntamento e si prenotano al Call Center telefonando **dal lunedì al venerdì dalle ore 14:00 alle ore 16:00 al n° 039 6654901**, oppure via e-mail a: [prenotazione.certificazioni@asst-vimercate.it](mailto:prenotazione.certificazioni@asst-vimercate.it)  
(4) Le fotografie dovranno essere non più vecchie di 6 mesi e avere caratteristiche tecnico qualitative come da Circolare del Ministero dell'Interno 5-12-2005, n. 400/A/2005/1501/P/23.13.27.

(pag.1)

*(Parte riservata all'ufficio di Polizia Locale)*

Il presente contrassegno n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ è stato consegnato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

alla/al Signora/Signor:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ nella sua qualità di:

Intestatario/a;  Richiedente;  Delegato al ritiro (*allegare delega*).

Firma per ricevuta: \_\_\_\_\_

