



Amministrazione destinataria

Comune di Naso

Ufficio destinatario

Settore 1 Amministrativo

## Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili

*Ai sensi dell'articolo 381 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### Soggetto interessato

per conto della propria persona

per conto di

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

**in qualità di (\*)**

Ruolo

*In qualità di (\*):*

*amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale*

### in possesso del contrassegno disabili

Numero permesso	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## CHIEDE

- il rilascio del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili

**pertanto allega documentazione attestante lo stato di invalidità**

- il rilascio del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili a seguito di furto

Numero

Data scadenza

**pertanto allega dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza**

- il rilascio del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili a causa di deterioramento

Numero

Data scadenza

**pertanto allega il contrassegno originale**

- il rilascio del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili a seguito di smarrimento

Numero

Data scadenza

- il rinnovo del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili

Numero

Data scadenza

**pertanto allega il contrassegno originale**

**pertanto allega documentazione attestante lo stato di invalidità**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle presenti dichiarazioni
- di aver smarrito il contrassegno (se chiesto il rilascio del contrassegno a seguito di smarrimento)

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- due fotografie in formato tessera  
*(da far recapitare in Comune)*
- contrassegno originale  
*(da far recapitare in Comune)*
- dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza
- documentazione attestante lo stato di invalidità
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Naso

Luogo

Data

Il dichiarante