



COMUNE DI GUBBIO
(Provincia di Perugia)
CORPO POLIZIA MUNICIPALE

Autorizzazione n.	Data rilascio	Validità	Data scadenza
DOMANDA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI			
<input type="checkbox"/> Nuova richiesta	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Duplicato	<input type="checkbox"/> Richiesta permesso Europeo
Nel caso di rinnovi: n. vecchio permesso		scadenza	
<input type="checkbox"/> Documenti di riconoscimento già agli atti			

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ () e residente a _____ () in
via _____ n° _____ tel./cell. _____
Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ () e residente a _____ () in
via _____ n° _____ tel./cell. _____

DICHIARA

valendomi della disposizione legislative in materia di documentazione amministrativa di cui artt. 46 e 47 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 D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci e sotto la mia personale responsabilità
IN QUALITÀ DI:

- TITOLARE
- FAMILIARE CONVIVENTE (allegare delega scritta)
- FAMILIARE NON CONVIVENTE (allegare delega scritta)
- TUTORE (indicare gli estremi dell'atto:.....)
- GENITORE DEL MINORE O CHI NE FA LE VECI
- ALTRO (Allegare delega scritta)

essendo a conoscenza:

- che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art. 188 D. Lgs. n. 285/1992;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, cambio di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione/contrassegno invalidi di cui al D.Lgs. n. 285/92 art. 188 e ai sensi dell'art. 381 del regolamento di attuazione ed esecuzione del nuovo codice della strada D.P.R. 495/92 e successive modificazioni, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato medico allegato;

Sulla base delle informazioni fornite, acconsento, con la firma in calce alla presente, ad utilizzare i miei dati personali per finalità istituzionali del procedimento attivato e nel rispetto degli obblighi di trattamento di cui al D.Lgs. 196 del 30/06/2003.

Gubbio, il _____

.....
firma del richiedente

Allega a questo scopo:

- certificazione medica Azienda A.S.L. - Distretto di Gubbio
- certificazione del medico curante (solo per rinnovo permessi permanenti);
- denuncia di furto o smarrimento (solo per richieste rilascio duplicati);
- documento di identità valido del firmatario e del titolare della concessione.
- N° 1 foto tessera a colori recente.