



**MODULO RICHIESTA DI RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE  
E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE DISABILI - MODELLO EUROPEO  
(ART. 381 DEL D.P.R. 16/12/1992 N. 495)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

PER CONTO DI \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:  ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'  TUTORE  AMMINISTRATORE  DELEGATO

Valendomi delle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000, di cui agli artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

**CHIEDO**

**II RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili, ed a tal fine **ALLEGO**:

Certificazione rilasciata dell'ufficio medico-legale dell'ASL riportante parere favorevole al rilascio del contrassegno, con il riconoscimento dell'art.381 del D.P.R. 495/1992, e indicazione della durata;

OPPURE

Copia del verbale di invalidità civile o per l'accertamento dell'handicap rilasciato dall'INPS (Legge 5 febbraio del 1992 n. 104 – Legge 03 agosto 2009 n. 102 art. 20) attestante "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta" (art. 381 del D.P.R. 495/1992) o di invalido con "impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore". Dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000, che il verbale allegato alla presente richiesta è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

N°1 foto recente in formato tessera;  Copia del documento d'identità in corso di validità.

**II RINNOVO** del contrassegno nr. \_\_\_\_\_ per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili, ed a tal fine **ALLEGO**:

Copia del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

Contrassegno scaduto o deteriorato in mio possesso;

N°1 foto recente in formato tessera;  Copia del documento d'identità in corso di validità.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver preso visione dell'**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (accessibile dalla homepage del sito del Comune di Montella - <https://comune.montella.av.it>), ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali), e di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa.

Montella, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_