



COMUNE DI SOVIZZO

Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 21- 36050 Sovizzo (VI)

Sistema di qualità certificato
UNI EN ISO 9001

Area 3 – Demografica

Settore 1

Servizi: Anagrafe - Stato Civile – Leva – Elettorale - Servizi cimiteriali

Mod 048 Rev 00 del 15/02/2022

Protocollo	MARCA DA BOLLO* *solo se inabilità temporanea
------------	--

**Al Sig. SINDACO
Del Comune di
36050 SOVIZZO**

**Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per veicoli
a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita,
o sensibilmente ridotta, o non vedenti**

(art.381 del D.P.R. 6.12.1992 n.495 e art.12 del D.P.R. 24.07.1996 n.503)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

tel. n. _____ cell. _____

CHIEDE

(barrare con una crocetta la voce che interessa)

il **RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, o non vedenti

il **RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, o non vedenti

PER

sé stesso

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a SOVIZZO in via _____

in qualità di curatore/tutore/amministratore di sostegno (*cancellare le parti non di interesse ed allegare copia documentazione attestante la qualità*)

ALLEGA

due foto formato tessera (recenti, scatto max. 6 mesi) del titolare del contrassegno

copia del documento di identità in corso di validità del titolare del contrassegno

contrassegno di circolazione scaduto (se si chiede il rinnovo)

1 marca da bollo da 16 € per il rilascio dell'autorizzazione (solo se inabilità temporanea)

certificazione medica come di seguito indicata:

- per il primo **rilascio** del contrassegno:

certificato medico rilasciato dall'Ufficio Medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza dalla quale risulti che è stato accertato che la persona per la quale viene richiesto il contrassegno ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – oppure – copia del verbale della commissione medica integrata

oppure, in caso di non vedenti:

certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20

- per il **rinnovo** del contrassegno:

se contrassegno permanente (5 anni): certificato del medico curante che confermi la persistenza delle condizioni sanitarie per le quali è stato rilasciato il contrassegno

se contrassegno temporaneo (a tempo determinato): certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica

DICHIARA

che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

indirizzo e-mail _____

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) _____

recapito diverso da quello di residenza _____

DELEGA

al ritiro dell'autorizzazione e del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, o non vedenti

il/la Sig./ra (cognome e nome) _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Sovizzo, lì _____

Firma del richiedente _____

(Allegare copia di un Documento di Riconoscimento in corso di validità del richiedente se diverso dal titolare del contrassegno)

Per chiarimenti e informazioni: Area Servizi Demografici aperto, su appuntamento, dal lunedì al venerdì 10:00 - 12.30 e martedì 16:00 - 18.00; Tel. 0444 1802137.

PEC: sovizzo.vi@cert.ip-veneto.net; e-mail ordinaria: anagrafe@comune.sovizzo.vi.it

Modalità di consegna della richiesta:

- presso gli sportelli dei Servizi Demografici, previo appuntamento, negli orari di apertura sopra indicati;
- a mezzo posta raccomandata A/R a: Comune di Sovizzo - Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 21 - 36050 SOVIZZO (VI)

Informativa sulla protezione dei dati personali ex artt. 13 e 14 Reg. (UE) 679/2016 disponibile sul sito web dell'ente www.comune.sovizzo.vi.it, sezione "Privacy".

Sovizzo, lì _____

(firma)

PER RITIRO DELL'AUTORIZZAZIONE E DEL CONTRASSEGNO (da firmare al momento del ritiro):

Il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

in qualità di interessato/richiedente/delegato firma per ricevuta.

Sovizzo, lì _____

FIRMA _____