

MARCA DA BOLLO  
DA € 16 SE TRATTASI  
DI AUTORIZZAZIONE  
TEMPORANEA

QUI  
APPLICARE  
FOTO  
DEL  
RICHIEDENTE

**Al Signor Sindaco  
Comune di LOANO**  
**Ufficio Relazioni con il Pubblico**  
e-MAIL [urp@comuneloano.it](mailto:urp@comuneloano.it)  
PEC [loano@peccomuneloano.it](mailto:loano@peccomuneloano.it)

## DOMANDA PER IL RILASCIO / RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Il/La sottoscritto/a

cognome.....nome.....

codice fiscale .....nato/a.....

Prov.....il ..... residente a.....in

Via.....n°..... telefono .....

e-mail .....indirizzo pec.....

**in qualità di richiedente**

**in qualità di tutore/curatore/ amministratore di sostegno del sig./della sig.ra:**

.....nato/a.....Prov.....

il .....residente a..... in Via .....n° .....

### CHIEDE:

(barrare e completare il riquadro che interessa)

**RILASCIO CONTRASSEGNO DISABILI PERMANENTE**

(previsto D.L. 30/04/1992 N. 285 Art.7, comma 1 Lett.d comma 4, art.188 e dal DPR 16/12/1992 n.495 Art.381, in esenzione dall'imposta di bollo ex art. 13Bis TAB. ALL. B DPR 642/72)

1. certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza in cui sia indicato che il diritto al contrassegno invalidi è stato riconosciuto "permanente";
2. verbale ASL Legge 104/92 o verbale INPS L. 102/09 se vi è indicato che la persona ha "**capacità di deambulazione/motorie impedita o sensibilmente ridotta ex art. 381 del Reg. al C.d.S. e DPR 151/2012 e la persona è "non rivedibile"**";
3. documento d'identità del richiedente disabile;
4. N ° 2 fotografie in formato tessera (da apporre una sul retro dell'autorizzazione e una sull'istanza).

**RINNOVO C.U.D.E. PERMANENTE N. \_\_\_\_\_ Scadente \_\_\_\_\_**

(previsto D.L. 30/04/1992 N. 285 Art.7, comma 1 Lett.d comma 4, art.188 e dal DPR 16/12/1992 n.495)

1. certificato medico curante attraverso la compilazione del **modello C4** (DGR 138/2015);
2. documento d'identità della persona disabile;
3. N ° 2 fotografie in formato tessera (da apporre una sul retro dell'autorizzazione e una sull'istanza);
4. Il vecchio contrassegno
5. Scadenza quinquennale

**RILASCIO/RINNOVO C.U.D.E. TEMPORANEO** (di durata inferiore ai cinque anni)

1. certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza in cui sia indicato che il diritto al contrassegno invalidi è stato riconosciuto "temporaneo" o verbale ASL Legge 104/92 o verbale INPS L. 102/09 se vi è indicato che la persona ha "**capacità di deambulazione /motorie impedita o sensibilmente ridotta ex art. 381 del Reg. al C.d.S. e DPR 151/201 e che la persona è "rivedibile"**";
2. N ° 2 marche da bollo da € 16.00 da apporre sull'istanza e sull'autorizzazione;
3. documento d'identità del richiedente disabile; eventuale documento d'identità del curatore/tutore;
4. n° 2 fotografie in formato tessera (da apporre una sul retro dell'autorizzazione e una sull'istanza);
5. Il vecchio contrassegno(in caso di rinnovo)

- **DUPLICATO DEL PASS** N. \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_  
(Allegare fotocopia del PASS deteriorato o illeggibile, da restituire al ritiro del duplicato)
- **DUPLICATO DEL PASS** N. \_\_\_\_\_ causa SMARRIMENTO O FURTO.  
(Allegare denuncia alle forze di Polizia)
- **SOSTITUZIONE DEL PASS CON IL NUOVO CONTRASSEGNO EUROPEO**, che  
riporterà stesse indicazioni, numero e scadenza di quello già rilasciato.

DELEGA

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ a ritirare  
per proprio conto il relativo contrassegno.

**Informativa Privacy** : nel compilare questo modello si richiede di fornire dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali ( D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione del suo consenso. In ogni caso , Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto sopra richiamato e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa.

Loano, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ firma del richiedente  
(o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

CONTRASSEGNO N. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DEL [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Firma per ricevuta

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_