

# RICHIESTA CONTRASSEGNO DISABILI

**1° RILASCIO**

**RINNOVO**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte pena la non accettazione della domanda

## **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio Art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... Residente in Via ..... N° .....

Località ..... Comune di ..... Prov.....

C.F. ..... Tel/cell. .....

Email .....

Preso visione della Disposizione di G.C. n° 16 del 02/02/2021 – PAMS allegato, e delle successive modifiche ed integrazioni

## **DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia:

**di ritirare in data odierna il contrassegno disabili N° .....**

Contestualmente chiede, , il collegamento del sopracitato contrassegno al **veicolo targato** .....  
che consente l'accesso nella ZTL del Comune di Lucca per la durata di validità del presente contrassegno salvo successive variazioni richieste.

Dichiara inoltre:

- di essere titolare di anche di permesso categoria .....N° .....
- di NON essere titolare di altra tipologia di permesso

- **Allega:** 2 Foto tessera recenti antecedenti di massimo 6 mesi - P.S. del Ministero dell'Interno con nota numero 400/A/2005/1501/P/23 13.27 del 5/12/2005
- Fotocopia fronte/retro di documento di identità e Fotocopia Codice fiscale;
- Fotocopia fronte/retro libretto di circolazione (in caso di collegamento veicolo);
- Contrassegno scaduto originale (in caso di rinnovo);
- **Per primo rilascio:** Certificazione di accertamento disabilità rilasciata dall'ufficio Medico Legale della ASL attestante difficoltà di deambulazione (ai sensi dell'art. 381 DPR 495/1992);
- **Per rinnovo:** Certificazione di accertamento disabilità (attestante difficoltà di deambulazione) rilasciata dall'ufficio Medico Legale della ASL, ai sensi dell'art. 381 DPR 495/1992, (se primo rilascio era a tempo determinato), OPPURE Certificazione del medico curante che attesti il permanere dell'invalidità dichiarata dall'ufficio Medico Legale della ASL (se primo rilascio era a tempo indeterminato);

**N.B.: E' sempre necessaria la presenza del disabile per l'apposizione di firma autografa**

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa privacy.

Lucca, .....

Firma .....

Riservato all'Ufficio Permessi

Avendo acquisito e verificato la validità della documentazione presentata, ho provveduto del rilascio del permesso cat. Z13

N° ..... valido dal ..... al .....

Firma dell'impiegato responsabile del procedimento.....