



Amministrazione destinataria

Comune di Albenga

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Istanza rilascio contrassegno disabili

Regolamento comunale

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

in qualità di

Ruolo

- richiedente
- se persona diversa dal disabile, specificare il titolo (Esercente la potestà –Tutore legale –Curatore) ed allegare l'attestazione inerente

Titolo

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

consapevole delle sanzioni penali che si applicano in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'Art 26 legge n. 15 del.4.01.1968

DICHIARA

di essere

che

dati della persona disabile

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

affetto da invalidità

permanente (anni 5)

temporanea (inferiore ad anni 5) non è previsto il rinnovo, ove occorre, deve essere richiesto un nuovo rilascio allegando la certificazione dell'ufficio medico dell'ASL e 2 marche da bollo da € 16,00 :1 sulla domanda e 1 al rilascio sul contrassegno)

pertanto , ai sensi art. 381 del Reg. del C.d.S.

CHIEDE

rilascio del contrassegno (allegando 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali) allegare il certificato, rilasciato dall'Ufficio medico – legale della A.S.L attestante l'effettiva ridotta capacità di deambulazione

rinnovo del contrassegno (allegando 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali) allegare il certificato rilasciato dal medico curante (allegato C4) attestante il persistere delle condizioni di ridotta capacità di deambulazione che hanno dato luogo al rilascio

Numero contrassegno

duplicato del contrassegno (allegando 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali)

Numero contrassegno

smarrimento o furto (allegare la relativa denuncia)

deterioramento (riconsegnare il tagliando deteriorato)

da esporre sul veicolo in uso, per poter usufruire delle apposite strutture destinate ad agevolare la mobilità delle persone disabili.

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

n. 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali

certificato dell'Ufficio medico legale dell'A.S.L

certificato del medico curante (allegato C4)

denuncia smarrimento o furto

fotocopia documento d'identità del minorato
(in caso di istanza presentata dal curatore/tutore)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Albenga

Luogo

Data

il dichiarante