



COMUNE DI GRANTORTO (PD)

Via Roma n. 18 cap. 35010

Email: info@comune.grantorto.pd.it - Tel. 049 5960003

Marca da bollo da € 16,00 da
applicare solo per
contrassegni temporanei, con
validità inferiore ai 5 anni.

OGGETTO: RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA INVALIDI (ai sensi del D.P.R. 24 Luglio 1996, n. 503 – D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)

in data : _____ e residente nel Comune di Grantorto (PD), in Via _____

Nr. Civico _____ ; email: _____ ; telefono: _____

Codice fiscale: _____

Targa/e del veicolo da inserire nella rete ZTL Network : _____ ; _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché dell'obbligo di decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

CHIEDE :

(barrare la casella corrispondente)

il RILASCIO del contrassegno **PERMANENTE (validità anni 5)**, per la circolazione/sosta con veicolo a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta come risulta da allegato certificato medico rilasciato dall'Ufficio di Medicina Legale competente per territorio. **A tal proposito allega: certificato medico (in originale) rilasciato dall'Ufficio Medicina Legale di appartenenza, 2 foto recenti formato tessera (dimensioni 3.5x4 cm) ; copia fotostatica della carta di identità e codice fiscale;**

il RINNOVO del contrassegno **PERMANENTE nr. _____** già in mio possesso, per la circolazione/sosta con veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta come risulta da allegato certificato medico che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio. **A tal proposito allega: certificato medico (in originale) rilasciato dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio; 2 foto recenti formato tessera (dimensioni 3.5x4 cm); copia fotostatica della carta di identità e codice fiscale;**

il RILASCIO del contrassegno **TEMPORANEO** per la circolazione/sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. Come risulta da certificazione medica (in originale) rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria competente per territorio; - **A tal proposito allega: 2 marche da bollo del valore di €16,00 ; 2 foto recenti formato tessera (dimensioni 3.5x4 cm); copia fotostatica della carta di identità e codice fiscale;**

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____