



COMUNE DI GRANTORTO

Provincia di Padova

Via Roma 18 – tel. 049 5960003 – email Pec: grantorto.pd@legalmailpa.it

OGGETTO: RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO EUROPEO 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: _____. Per i Comuni che aderiscono alla ZTL Network
della Regione Veneto, per accedere alle zone traffico limitato, è possibile associare 2 targhe dei
veicoli utilizzati : _____ ; _____ ;

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.

Allegando: ☐ **Certificato medico** dall'Ufficio Medicina Legale / Inps di appartenenza con prescrizioni in
referimento Art.381 DPR 495/1992;

☐ 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 del medico curante, che conferma il persistere delle condizioni
sanitarie che diedero luogo al rilascio,

Allegando: ☐ **Certificato medico** rilasciato **dal medico curante** che confermi il persistere delle condizioni
sanitarie che hanno dato luogo al rilascio **in riferimento Art.381 DPR 495/1992;**

☐ 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. Allegando:

☐ **Certificato medico** rilasciato dall'Ufficio Medico Legale **in riferimento Art.381 DPR 495/1992;**

☐ 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;

(i referti medici dovranno presentare la dicitura **"Omissis"** senza riportare le patologie in atto, dati sensibili).

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____