



COMUNE DI CONCESIO

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza Paolo VI, 1 - 25062 Concesio (BS) - Telefono:030 2184000

Codice fiscale e Partita IVA:00350520177

www.comune.concesio.brescia.it

PEC: protocollo@pec.comune.concesio.brescia.it - MAIL: protocollo@comune.concesio.brescia.it

SETTORE SERVIZI AL CITTADINO

Modello

RICHIESTA CONTRASSEGNO DISABILI (formato Europeo)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
_____ (specificare se tutore, curatore, amministratore di sostegno,
delegato)

per conto del sig. _____

nato/a _____ (_____) il _____

residente a CONCESIO in via _____ n. _____

tel. _____ mail _____

CHIEDE

- 1. il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone disabili (art.381 DPR 495/92: cittadini con “capacità di deambulazione sensibilmente ridotta”)**

A tale scopo allega:

- a) documentazione originale sanitaria rilasciata dall’Azienda Sanitaria di Brescia, da richiedere a medicolegale.brescia@inps.it;
- b) Verbale INPS, con certificato di accertamento dell’handicap;
- c) copia carta d’identità del beneficiario del permesso;
- d) copia codice fiscale del beneficiario del permesso;
- e) 1 foto recente

in caso di richiesta per conto di terzi, oltre ai documenti di cui ai punti da a) a e), la richiesta dovrà essere correlata da:

- a) delega corredata da copia documento d’identità del delegato ovvero nomina tutore, curatore, amministratore di sostegno, ecc.
 - b) copia relativo documento d’identità;
-



COMUNE DI CONCESIO

PROVINCIA DI BRESCIA

Piazza Paolo VI, 1 - 25062 Concesio (BS) - Telefono: 030 2184000

Codice fiscale e Partita IVA: 00350520177

www.comune.concesio.brescia.it

PEC: protocollo@pec.comune.concesio.brescia.it - MAIL: protocollo@comune.concesio.brescia.it

SETTORE SERVIZI AL CITTADINO

2. Il rinnovo del contrassegno n. _____, rilasciato in data _____ con validità inferiore a 5 anni o per smarrimento/deterioramento

3.

A tale scopo allega:

- a) i documenti di cui al punto 1.
- b) il contrassegno scaduto.

4. il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità di 5 anni

A tale scopo allega:

- a) Certificato originale rilasciato dal Medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno.
- b) copia carta d'identità del beneficiario del permesso;
- c) copia codice fiscale del beneficiario del permesso;
- d) 1 foto recente

in caso di richiesta per conto di terzi, oltre ai documenti di cui ai punti da a) a e), la richiesta dovrà essere correlata da:

- c) delega corredata da copia documento d'identità del delegato ovvero nomina tutore, curatore, amministratore di sostegno, ecc.
- d) copia relativo documento d'identità;
- e) Contrassegno scaduto.

La/ il firmatario della presente richiesta prende atto:

- a) di quanto contenuto nell'informativa privacy riportata in calce al presente modulo;
- b) della necessità che il contrassegno sia firmato dal disabile avente diritto.

Concesio, lì _____

FIRMA _____

Si precisa che avverso parere negativo in ordine al diniego da parte della commissione medica, il richiedente potrà

- proporre ricorso al Tar entro 60 giorni dal ricevimento del verbale;
- proporre ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni da quando ha ricevuto il verbale;
- chiedere una nuova visita medica.

Ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" informiamo che i dati personali indicati nel presente modulo sono gestiti dagli incaricati del Comune di Concesio al solo fine di adempiere a tutte le attività connesse al rilascio ed alla gestione dei permessi di circolazione.