

**Modulo per rinnovo contrassegno invalidi**

Spett. le  
COMUNE CORVINO SAN QUIRICO  
Ufficio Polizia Locale  
27050 Corvino San Quirico (PV)

Contr. N. \_\_\_\_\_

Oggetto: Contrassegno invalidi ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/92  
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (D.P.R. 20/10/98 artt. n. 403 e 1-2-3 della L. 127 del 15/05/97).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a **CORVINO SAN QUIRICO** in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione, C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92, il RINNOVO dell'autorizzazione in deroga prevista, riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio di invalidi N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ poiché scaduta.

Allega a questo scopo **certificazione del medico curante**, attestante il persistere delle condizioni sanitarie (capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ) che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi.

**DICHIARA**

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Corvino San Quirico, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Vera la firma apposta in mia presenza

Identificato a mezzo \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_

Corvino San Quirico, \_\_\_\_\_

L'operatore di Polizia Locale  
\_\_\_\_\_

**ALLEGRO:**

- certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie (capacità di deambulazione sensibilmente ridotta) che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi;
- fotocopia carta d'identità;
- contrassegno scaduto.



ADEMPIMENTI EX D.L. 196/2003 – PRIVACY

**CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

Il/La sottoscritto/a ai sensi dell'art.13 del D.L. 196/2003 e successive modifiche, dichiara di essere a conoscenza dei propri diritti ed esprime il consenso per il trattamento dei dati personali al fine di consentire da parte del Comune di Corvino San Quirico e delle società da questo incaricate, l'espletamento di funzioni istituzionali attribuite da leggi e regolamenti e necessarie alla realizzazione di quanto richiesto.

esprimo il consenso

non esprimo il consenso

Sottoscrizione del richiedente

Firma

---

**Visto si autorizza**