



Al Signor Sindaco

I Sottoscritt _____ nat _ a _____

il ___/___/_____ residente in via _____

- Titolare di patente categoria ___ n. _____ rilasciata da _____ il ___/___/___
- Recapito telefonico _____ Codice Fiscale _____
- Titolare Box personalizzato n° _____
- **Per il figlio minore** _____ **nato a** _____ **il** _____

CHIEDE

1° rilascio/rinnovo/perm./temp. del contrassegno speciale invalidi in conformità a quanto previsto dal D.M. 8/6/79 n. 1176 e dell'art. 381, comma 2° del D.P.R. 16/12/92, n. 495 del C.d.S.

DICHIARA

- Di essere a conoscenza delle norme e del regolamento che consentono il rilascio dello speciale contrassegno invalidi;
- Di non usufruire di altri benefici previsti dal Comune per il trasporto di persone disabili (tessera A.M.T. invalidi).

ALLEGA

- 1. Certificato rilasciato: U.S.L. via V. Veneto, 31 / Medico curante (rinnovo);**
- 2. Fotocopie carta d'identità invalido ed eventuale delegato;**
- 3. Fotocopie della patente di guida e carta circolazione del veicolo dell'invalido ***

Lo scrivente espressamente dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 403/98 attuativo della L. 127/97, che i dati forniti corrispondono al vero, consente il trattamento dei propri dati personali in virtù di quanto previsto dall'art. 11 della L. 675/96 e s'impegna a comunicare al Comando di Polizia Municipale ogni eventuale modifica della residenza o altre situazioni che comportino la decadenza dai benefici richiesti ed a restituire il relativo contrassegno alla scadenza.

Lo scrivente inoltre dichiara di essere stato informato sui modi corretti dell'uso del contrassegno di cui fa richiesta.

SI **NO** **Delega il sig.** _____ nat _ a _____

il ___/___/___ e residente in _____ Via _____
al ritiro del contrassegno a mio nome, esentando codesta Amm.ne da ogni responsabilità.

Catania, _____

Firma del delegato _____ Firma del richiedente _____

PASS N. _____ Scadenza il _____

Consegnato allo stesso/al delegato il _____

Per ricevuta