



**Marca da Bollo**  
da € 16,00

(solo per richiesta  
contrassegno temporaneo)

---

n° \_\_\_\_\_

Al Sindaco del Comune di Candiana  
Ufficio di Vigilanza  
vigilanza@comune.candiana.pd.it  
049/5349603 int. 4  
35020 - Candiana (PD)

**OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI**  
(Art. 381 D.P.R. 495/1992; Art.12 D.P.R. 503/1996)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.46 e 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

**In qualità di (specificare barrando la casella corrispondente al caso):**

titolare del contrassegno per disabili

genitore     Tutore legale     Amministratore di sostegno  
(legalmente autorizzato a tal fine si allega la necessaria documentazione di nomina)

di \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio/rinnovo del contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i., trattandosi di (Tempi di rilascio: <=30 giorni):

- PRIMA RICHIESTA CONTRASSEGNO**, si allega:
- certificato medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale **effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i.; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996 (Si chiede di fornire la copia priva dell'anamnesi medica del paziente)**;
  - n. 1 foto recente, formato tessera (cm 3,5x4);
  - copia documento d'identità in corso di validità;
  - copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
  - estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;
  - **n. 2 marche da bollo da € 16,00 (solo per richiesta contrassegno temporaneo - REVISIONE SI NEL CERTIFICATO MEDICO)**

**RINNOVO del CONTRASSEGNO N. \_\_\_\_\_**, si allega:

- (per contrassegno permanente) certificazione del Medico di Medicina Generale (medico curante);
- (per contrassegno temporaneo) certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale *effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e, s.m.i.*; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996 (*Si chiede di fornire la copia priva dell'anamnesi medica del paziente*);
- n. 1 foto recente, formato tessera (cm 3,5x4);
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
- estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;
- **n. 2 marche da bollo da € 16,00 (solo per richiesta rinnovo contrassegno temporaneo - REVISIONE SI NEL CERTIFICATO MEDICO).**

**IL DUPLICATO/TRASFORMAZIONE** del contrassegno atto alla circolazione ed alla sosta nelle apposite strutture riservate agli invalidi con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (Art. 381 del D.P.R.495/92 e s.m.i.) N. \_\_\_\_\_ (data di scadenza \_\_\_\_\_) rilasciato dal Comune di Candiana.

Motivo della richiesta di **DUPLICATO** (Barrare opzione che interessa)

**SMARRIMENTO**  **FURTO**  **DETERIORAMENTO**  **CAMBIO RESIDENZA**

Si allega:

- contrassegno deteriorato;
- n.1 foto recente, formato tessera (cm 3,5x4);
- In caso di furto o smarrimento, denuncia prodotta alle Forze di Polizia.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

*Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.*

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per il consenso)