

OGGETTO: Come ottenere il rilascio del Contrassegno speciale per la circolazione degli invalidi.

PRIMO RILASCIO:

1. Munirsi del Certificato medico rilasciato dalla competente A.S.S. n° 4 da allegare alla domanda indirizzata al Comune di residenza di cui al punto 2).

Il certificato medico rilasciato dall'A.S.S. si ottiene, al costo di € 26,00

Telefonando al n° 848448884 dal Martedì al Giovedì dalle 10:00 alle 12:30.

Le visite potranno essere fissate negli ambulatori delle rispettive ASS per Udine via S. Valentino 20 nelle giornate di Martedì e Venerdì mattina o a Feletto Umberto in via Mazzini 5 nelle giornate di Giovedì mattina o Lunedì pomeriggio. Il costo della prenotazione è di € 1,00

Si consiglia vivamente la prenotazione ed in ogni caso la preventiva telefonata al 848448884.

In caso di particolari difficoltà di spostamento dell'invalido, e a discrezione del medico legale certificante, la documentazione richiesta al punto 1) potrebbe venir rilasciata anche solo presentando al medico i certificati di invalidità già in possesso all'invalido.

Se l'invalido è stato già sottoposto al parere della Commissione medica per l'attribuzione dell'invalidità potrebbe essere che lo stesso verbale della Commissione medica valga quale certificazione di cui al punto 1). In tal caso andrà verificato se nel verbale compare la previsione di cui all'art. 381 del DPR 495/1992

2. Presentare al protocollo del Comune di residenza dell'invalido una richiesta di rilascio del contrassegno allegando il certificato medico di cui al punto 1) ovvero copia del verbale della Commissione medica riportante la dicitura "art. 381 del DPR 495/1992".

N.B. Se il certificato di cui al punto 1) riporta una invalidità temporanea la richiesta dovrà essere in bollo da €16,00 e al momento del ritiro del contrassegno dovrà essere consegnata un'altra marca da bollo da €16,00.

Viceversa se il certificato riporta una invalidità permanente la richiesta ed il rilascio sono esenti da bollo.

Qualora alla domanda venisse allegato il Verbale della Commissione medica, per valutare se l'invalidità deve considerarsi temporanea o permanente si dovrà tenere conto della previsione di revisione dello stesso verbale. Se dunque alla voce Revisione sarà riportata la dicitura "NO" allora l'invalidità si considera permanente e la richiesta del certificato sarà esente da marca da bollo.

Il contrassegno avrà una validità pari ai termini dell'invalidità certificata ed in ogni caso non potrà avere una validità non superiore a 5 anni.

Allegare una foto tessera dell'invalido.

PER I SUCCESSIVI RINNOVI:

a) Se il contrassegno precedente (scaduto) si basava su un certificato dell'A.S.S. di tipo permanente ovvero su un verbale di commissione medica senza revisione, sarà sufficiente ottenere dal medico di famiglia il certificato in carta semplice attestante che "persistono le condizioni di invalidità, che hanno consentito il rilascio del primo Contrassegno Speciale per Invalidi";

b) Allegare il certificato del medico di base alla richiesta di rinnovo da presentare all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'invalido.

c) Al momento del rilascio del nuovo contrassegno dovrà essere riconsegnato il vecchio contrassegno.

d) N.B.: Se il contrassegno precedente (scaduto) si basava su un certificato dell'A.S.S. di tipo temporaneo, sarà necessario rifare la procedura come per il primo rilascio (vedi punto 1).

Per eventuali altre informazioni è possibile contattare la Polizia Locale tel. 0432646220.

Solo per Contrassegno
temporaneo apporre la
marca da Bollo da €
16,00

Al Sindaco
del Comune di

alla c. a. della **POLIZIA LOCALE**
del Torre centrale
Piazza Julia n° 1
33050 LAUZACCO

OGGETTO: RICHIESTA DI PRIMO RILASCIO/RINNOVO* DEL CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE DI VEICOLI CHE TRASPORTANO INVALIDI.

Il/La sottoscritto/a
nato/a il a
e residente in questo Comune, in vian° ...
tel. Codice Fiscale
in qualità interessato/tutore/genitore dell' invalido,

.....
nato/a il a
e residente in questo Comune, in vian° ...
tel. Codice Fiscale
con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta a causa di:

.....
come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:
degli artt. 5 e 6 della Legge 27 aprile 1978, n° 384;
degli artt. 7, comma 1° lett. d) e 188 del "Nuovo Codice della Strada" emanato con D. Lgs.
30 aprile 1992, n° 285;
degli artt. 188 e 381 del "Regolamento di esecuzione ed attuazione al N.C.d.S.", emanato
con D.P.R. 16 dicembre 1992, n° 495;

CHIEDE

Il Primo Rilascio Il Rinnovo (del vecchio contrassegno n° ____)
dello speciale Contrassegno Speciale per la circolazione di veicoli che trasportano Invalidi,
che gli consenta di circolare sulle strade e negli spazi all'uopo individuati da codesto
Comune, con il veicolo dallo stesso utilizzato.
Come prescritto dall'art. 381, comma 3°, del Regolamento n° 495/92, sotto la propria
responsabilità

DICHIARA

di confermare i propri dati personali prima trascritti;
che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:
.....

Si allega:

sempre

- Foto tessera titolare contrassegno;
- Copia della Carta d'identità del titolare per autenticare la firma qualora la domanda venisse firmata in assegni di un pubblico ufficiale che acquisisce l'istanza;
- Copia della Carta d'identità del delegato per il ritiro del contrassegno;

in caso di primo rilascio

- Certificato medico rilasciato in data ___/___/_____ dal medico legale dell'A.S.S. N° ____
- Copia verbale Commissione medica per il rilascio dell'invalidità del ___/___/_____

In caso di rinnovo di contrassegno con invalidità permanente

- Certificato medico rilasciato in data ___/___/_____ dal proprio medico curante "attestante il persistere delle condizioni di salute che hanno consentito il primo rilascio";
- Originale del Contrassegno scaduto n° _____ del ___/___/_____;

in caso di invalidità temporanea

- Marca da Bollo da € 16,00 da apporre sulla Concessione del Contrassegno scaduto n° ____

Sono informato che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali":

- *i dati raccolti, con la presente istanza, sono trattati, esclusivamente per finalità connesse e conseguenti al presente procedimento amministrativo, con strumenti manuali, informatici e telematici;*
- *il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti impedirà di dare corso al procedimento;*
- *il Titolare del trattamento è il Comune a cui si è fatta istanza di rilascio del contrassegno, nella persona del Sindaco Pro – Tempore;*
- *il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio Unico di Polizia Locale;*
- *gli incaricati del trattamento sono tutti i dipendenti dell'Ufficio Unico di Polizia Locale in intestazione;*
- *i dati raccolti potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, organi competenti ed uffici comunali, sulla base e nel rispetto della normativa vigente;*
- *i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 (sinteticamente: ottenere informazioni, chiedere aggiornamenti/rettifiche/integrazioni/cancellazioni/trasformazioni dei dati, nonché attestazioni, opporsi al trattamento);*
- *l'interessato potrà rivolgersi, all'Ufficio Unico di Polizia Locale in intestazione, con Sede Operativa in P.zza Julia 1 – 33050 LAUZACCO (UD) – tel. 0432/646220 fax: 0432/685003, eventuali richieste di esercizio dei diritti di accesso di cui al punto precedente.*

Affinché l'Autorizzazione e il Contrassegno invalidi possano essere ritirati da un soggetto diverso dal richiedente, va compilato il seguente riquadro:

S C H E M A D I D E L E G A

Il richiedente delega e autorizza al ritiro dell'Autorizzazione e del relativo contrassegno speciale per invalidi il Sig. _____

nato a _____ il ____/____/_____

residente a _____

Via _____ n. _____

il richiedente / delegante
