



Amministrazione destinataria

Comune di Abbiategrasso

Ufficio destinatario

Polizia Locale

## Domanda di rilascio, rinnovo del contrassegno permanente (certificazione medica validità 5 anni) e duplicato dei contrassegni temporanei e permanenti

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### Soggetto interessato

- riferito a sé stesso  
 riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE

- il rilascio dell'autorizzazione prevista dal Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, c. 2 con contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, figura V4, così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 30/07/2012, n. 151
- il rinnovo dell'autorizzazione prevista dal Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, c. 2, con contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio disabili rinnovato" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, figura V4, così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 30/07/2012, n. 151

Numero del contrassegno

- il rilascio del duplicato dell'autorizzazione previsto dal Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, c. 2 con contestuale rilascio del seguente contrassegno di parcheggio disabili di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, figura V4, così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 30/07/2012, n. 151

Numero del contrassegno

Per i seguenti motivi

- smarrimento
- deterioramento
- furto

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di essere consapevole che in caso di rilascio del duplicato, la scadenza rimarrà la stessa del pass sostituito

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- due fotografie in formato tessera
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- certificazione medica rilasciata dall'ambulatorio ASST Ovest Milanese
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per il pass disabili
- contrassegno originale
- dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di pubblica sicurezza
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Abbiategrasso

Luogo

Data

il dichiarante