



**Al Sig. Sindaco
del Comune di CHIUSA SCLAFANI**

Oggetto: Richiesta per il rilascio del “contrassegno invalidi” previsto dal D.P.R. 16-12-1992, n. 495

Il/la sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
C.F. _____ residente a _____
via/p.zza/c.da _____ n. _____ cittadinanza _____
tel./cell. _____ E-mail _____

in qualità di:

avente diritto al contrassegno

esercente la patria potestà e/o tutore (rif. Tutela _____) dell'avente diritto al contrassegno:

cognome e nome _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
C.F. _____ residente a _____
via/p.zza/c.da _____ n. _____
tel./cell. _____ E-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, in particolare che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento,

CHIEDE

Il rilascio del relativo “contrassegno invalidi”, ai sensi del D.P.R. n. 495 del 16 Dicembre 1992 e del D.P.R. n. 503 del 24 Luglio 1996.

DICHIARA

- . di avere i requisiti sanitari ed anagrafici per richiedere l'autorizzazione di cui al D.P.R. 495/1992 – 503/1996
- . che l'autorizzazione sarà ad esclusivo uso personale.

DELEGA AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO

Il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

C.F. _____ residente a _____

via/p.zza/c.da _____ n. _____

tel./cell. _____ E-mail _____

Si allega:

- Verbale Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile;
- Certificazione Medico-Legale rilasciata dall'ASL di residenza;
- Documento di identità in corso di validità;
- 1 Fotografia formato tessera della persona interessata.

Chiusa Sclafani, lì _____

Firma
