



COMUNE DI GENONI

PROVINCIA di ORISTANO

Al Sig. Sindaco
del Comune di Genoni

MODULO RICHIESTA PASS INVALIDI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, residente in
_____ Via _____ C. F. _____
tel. _____ in qualità di _____;

CHIEDE

il **primo rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. 495/92: cittadini con “capacità di deambulazione sensibilmente ridotta”).

A tale scopo allega:

- Certificato originale medico legale, rilasciato dalla ASL attestante la ridotta capacità di deambulazione;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Foto formato tessera recente.

il **rinnovo** del contrassegno n. _____ del _____.

A tale scopo allega:

- Certificato rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere della capacità di deambulazione sensibilmente ridotta che ha determinato il rilascio del contrassegno” Non è necessaria l’indicazione della diagnosi;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Foto formato tessera recente;
- Contrassegno scaduto.

il **uplicato** del contrassegno n. _____ del _____ per smarrimento/deterioramento.

A tale scopo allega:

- Dichiarazione di smarrimento/deterioramento;
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Foto formato tessera recente.

Genoni, _____

Firma del richiedente/curatore/tutore

Dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa.

Genoni, _____

Firma del richiedente/curatore/tutore

Ritirato il _____ Firma _____

In caso di ritiro da persona delegata, allegare delega e documento di identità del delegato