**COMUNE DI PALAZZAGO**

Provincia di Bergamo

Via Maggiore, 17 -24030 PALAZZAGO–tel.035.551261 Int. 6 fax 035.550197

[comune.palazzago@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.palazzago@pec.regione.lombardia.it) - [polizia@comune.palazzago.bg.it](mailto:polizia@comune.palazzago.bg.it)

*SERVIZIO di POLIZIA LOCALE*

|  |  |
| --- | --- |
| ALLA POLIZIA LOCALE | |
| Il/La sottoscritto/a: COGNOME e NOME - TELEFONO – CELLULARE | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del D.P.R. N.445 del 28.12.2000, nel caso di falsità negli atti e di mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità;  **Dichiara di essere:** | |
| NATO/A A: | IN DATA: |
|  |  |
| RESIDENTE A | INDIRIZZO E CIVICO |
|  |  |
| Titolare dell’autorizzazione alla Sosta negli spazi riservati ai veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ai sensi dell’art. 381 D.P.R. 16.12.92 n.495,  N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rilasciata dal Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e valida fino al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Di non essere titolare alcuna autorizzazione alla Sosta negli spazi riservati ai veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ai sensi dell’art. 381 D.P.R. 16.12.92 n.495; | |
| C H I E D E **Il rilascio** dell’autorizzazione alla Sosta negli spazi riservati ai veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ai sensi dell’art. 381 D.P.R. 16.12.92 n.495;  **Il rinnovo** dell’autorizzazione alla Sosta negli spazi riservati ai veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ai sensi dell’art. 381 D.P.R. 16.12.92 n.495; | |

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E’ necessario allegare il Verbale della Commissione Sanitaria attestante lo stato di invalidità e 1 FOTOGRAFIA RECENTE DELL’INTESTATARIO.

Esito della pratica :Favorevole  Si rilascia il contrassegno N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contrario

Il Responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI NECESSARI PER IL RILASCIO**

**DEL CONTRASSEGNO PER DISABILI**

**(Primo rilascio)**

1. Richiesta all’Ufficio di Polizia Locale in carta semplice;
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale dell’Azienda Territoriali Sanitaria per il rilascio del contrassegno per disabili o verbale della Commissione Medica integrata, riportante anche l’esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno per disabili da presentarsi in copia con dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà sulla conformità dell’originale.
4. Una Fotografia formato fototessera.

**DOCUMENTI NECESSARI PER IL RINNOVO**

**DEL CONTRASSEGNO PER DISABILI**

1. Richiesta all’Ufficio di Polizia Locale in carta semplice;
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Fotocopia del contrassegno in scadenza (l’originale dovrà essere consegnato al momento del rilascio di quello nuovo);
4. a) **Se il contrassegno scaduto era valido per anni cinque**:

Dichiarazione del medico curante convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale riportante la seguente dicitura: “SI CONFERMA IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO Al RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI” (Art. 381 Regolamento di esecuzione del C.d.S.)

1. b) **Se il contrassegno scaduto era valido per meno di anni cinque**:

Certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale dell’Azienda Sanitaria Locale per il rilascio del contrassegno invalidi. o verbale della Commissione Medica integrata riportante anche l’esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno per disabili da presentarsi in copia con dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà sulla conformità dell’originale.

1. Una Fotografia formato fototessera.

**DOCUMENTI NECESSARI PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO**

**PER DISABILI A SEGUITO DI SMARRIMENTO O FURTO**

1. Richiesta all’Ufficio di Polizia Locale in carta semplice;
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Copia della denuncia di furto o smarrimento.
4. Una Fotografia formato fototessera.