



Città di Campi Salentina

PROVINCIA DI LECCE

SETTORE SERVIZI SOCIO EDUCATIVI

SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO INVALIDI DI COLORE ARANCIONE CON NUOVO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO EUROPEO PER DISABILI

A V V I S O

Con l'entrata in vigore del D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012, i Contrassegni di colore arancione rilasciati dal Comune ai cittadini con limitata capacità di deambulazione, conservano la loro **validità fino al 15 settembre 2015.**

Il citato D.P.R. prevede, infatti, l'introduzione in Italia del **Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE).**

Per la sostituzione/ rilascio, i cittadini sono tenuti a presentare domanda al Comune, corredata da:

- certificato medico legale, rilasciato dall'Asl, attestante la limitata capacità di deambulazione, ovvero copia del verbale della Commissione di accertamento della condizione di limitazione della capacità di deambulazione;
- n. 1 foto formato tessera;
- copia del documento d' identità in corso di validità;
- vecchio contrassegno(di colore arancione) se posseduto.

Allegati:

- a) modello di domanda da presentare al Comune;
- b) modello di domanda per il rilascio del certificato medico legale da parte dell'Asl;

Per informazioni contattare il numero 0832/720610, oppure rivolgersi direttamente all'Ufficio Servizi Sociali, disponibile:

- Martedì dalle ore 16,30 alle ore 18,30

Al Sig. Sindaco
del Comune di
CAMPI SALENTINA

OGGETTO: Art. 381 D.P.R. N°495/1992 modificato dal D.P.R. n.151 del 30/07/2012
Richiesta rilascio e/o rinnovo "Contrassegno di parcheggio per disabili".

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ Via _____ Tel. _____

CHIEDE

☐ per se stess__

☐ per il/la sig./sig.ra (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ residente in Via _____

in qualità di _____

☐ **il rilascio** del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012.

A tale scopo allega:

- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- documento di identità in corso di validità
- n. 1 foto formato tessera

☐ **il rinnovo** del contrassegno n. _____ con validità di 5 anni

A tale scopo allega :

- * certificato originale rilasciato dal medico curante che **"confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"** ,
 - documento d'identità in corso di validità;
 - contrassegno scaduto (contrassegno n. _____)
 - n. 1 foto formato tessera

☐ **il duplicato** del contrassegno N. _____ del _____ per ☐ smarrimento
☐ deterioramento

A tale scopo allega:

- Denuncia di smarrimento (se smarrito) oppure contrassegno in originale se deteriorato;
- n. 1 foto formato tessera.

Campi Salentina _____

FIRMA

* Qualora in sede di 1° rilascio sia stata presentata certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale.

REGIONE PUGLIA ALLEGATO B
Servizio Sanitario Regionale – ASL della provincia di _____
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Commissione medica di 1^a istanza per l'accertamento dello stato di invalidità civile
del Distretto socio sanitario n. _____, integrata per la legge 104/92

RICHIESTA di CERTIFICAZIONE MEDICA utile ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI per persone con DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA

(art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16/12/1992, modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

La/il sottoscritta/o _____
(cognome e nome in stampatello della persona invalida)
 nata/o il _____ a _____ e residente a _____
 in Via _____ CAP _____ Tel. _____

CHIEDE

di essere sottoposta/o a visita medico-legale presso la Commissione Invalidi Civili di _____ al fine di ottenere la certificazione medica di riconoscimento dello stato di "deambulazione impedita o sensibilmente ridotta", da allegare alla domanda per il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (contrassegno H) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. n. 495/92, modificato dal D.P.R. n. 151/2012), da presentare al Comune di residenza.

Dichiara di essere informato che, per i titolari di patente di guida di veicoli, il riscontro di infermità tali, per natura ed entità, da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida dei veicoli, comporta la segnalazione all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, per i provvedimenti previsti dall'art. 128 del vigente Codice della Strada (revisione della patente di guida).

A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000),

DICHIARA

1. di NON essere titolare di patente di guida
 2. di essere titolare di patente di guida, n.ro _____ categoria _____ rilasciata il _____ da _____
 3. di impegnarsi ad esibire, in visione, in occasione della visita medico-legale, tutta la documentazione medica originale, utile alla valutazione del caso
 4. di essere informato, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge.
- Pertanto, ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE ☐ (barrare casella) al trattamento dei dati personali e sensibili.

ALLEGA

- ☐ Copia del documento d'identità in corso di validità
☐ Copia della patente di guida (se titolare)

_____ luogo _____ data _____ firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)
IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

ALL'ATTO DEL RITIRO:

_____ luogo _____ data _____ firma _____
 In caso di ritiro in qualità di persona delegata, allegare delega firmata dal richiedente (oppure dal tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità, in copia, del delegato e del delegante.