

**Al Sig. SINDACO del
Comune di FOGLIANISE
Via Municipio, 12
82030 – Foglianise (BN)**

**Email: protocollo@comune.foglianise.bn.it
Pec: protocollo@pec.comune.foglianise.bn.it**

**RICHIESTA PER IL RINNOVO DEL
“CONTRASSEGNO DI CIRCOLAZIONE E SOSTA PER DISABILI”**

Il/La sottoscritto/a _____,
codice fiscale _____,
nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ (____)
in _____,
recapito telefonico _____, email _____,
pec _____;

CHIEDE

Il **RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili per il minore:

Cognome e Nome _____,
codice fiscale _____,
nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ (____)
in _____, in qualità di:

- **GENITORE**
- **TUTORE LEGALE**
- **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**
- **ALTRO (specificare):** _____

A tal fine allego:

- n. 1 foto formato tessera recente (Obbligatorio);
- Contrassegno scaduto (Obbligatorio);
- Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità (Obbligatorio);
- Certificazione medica di seguito indicata (Obbligatorio):
 - Per contrassegno Temporaneo – validità inferiore a 5 anni:
 - Certificato rilasciato dal Centro di Medicina Legale ASL di Residenza attestante la ridotta capacità di deambulazione (*art. 381 D. P. R. 495/1992*);
 - Per contrassegno Permanente – validità 5 anni:
 - Certificato in originale rilasciato dal medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del Contrassegno per Disabili.

DICHIARA

- Che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai recapiti sopra elencati.
- Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Il Richiedente