

Solo per contrassegno  
temporaneo: apporre  
marca da bollo Euro 16

Ufficio Polizia Locale  
UNIONE DELLA VALCONCA  
Via Colombari n. 68/E  
47833 MORCIANO DI ROMAGNA (RN)

### DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

(D.P.R. N. 348/78 MODIFICATO CON IL D.P.R. 151/2012)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

In nome e per conto dell'invalido

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

il rilascio del contrassegno invalidi come previsto dal vigente Codice della Strada:

il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_

DICHIARA

Di aver preso atto delle sotto indicate disposizioni:

- Che non è in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- Che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, mancanza di requisiti ecc.)
- Di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità negli atti e di dichiarazione mendaci come previsto dall'art. del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000;
- Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decadono i benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione come previsto dall'art. 11 comma 3 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403.

ALLEGO ALLA PRESENTE:

Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Servizio Medicina Legale dell'USL e/o medico di base.

