

Al Sig Sindaco del  
**COMUNE di Oulx**

### Domanda per il rilascio del contrassegno DISABILI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

### CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione, C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92,

**IL RILASCIO**

**LA SOSTITUZIONE** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

- Smarrimento o furto     Deterioramento     Cambio residenza  
( in caso di smarrimento o furto allegare copia denuncia all'Autorità -  
In caso di cambio di residenza allegare il contrassegno da sostituire)

**IL RINNOVO** del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_

Allega a questo scopo :

**certificazione medico-legale dell'A.S.L.** di appartenenza  
(A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE  
Distretto 5 - SUSA Piazza San Francesco 4 - 10059 Susa TO Tel. 0122621210-11-57 fax )

**COPIA verbale della commissione medica** integrata attestante l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi e **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA'** (vedere retro)

**Certificato del medico curante** che attesti il permanere delle condizioni invalidanti  
**-in caso di RINNOVO**

**2 fotografie** formato tessera

**1 marca da bollo** da € 16,00 in caso di Contrassegno con validità < ai cinque anni

### DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- e di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000

OULX, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Comunica inoltre per registrazione alla banca dati GTT SpA di TORINO (ALLEGARE copia carta di circolazione – Polizza ASSICURAZIONE):

targa veicolo n.1

targa veicolo n.2

1) DIE-BEN-IBR-MET-GPL    2) EURO 1-2-3-4-5-6

ALIMENTAZIONE (1)	OMOLOGAZIONE (2)
EURO _____	

ALIMENTAZIONE (1)	OMOLOGAZIONE (2)
EURO _____	

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(Art. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
*Cognome* *Nome*

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
*Luogo* *provincia* *data di nascita*

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
*Luogo* *indirizzo*

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**D I C H I A R A**

1. di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del **VERBALE della  
COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA (art.20 D. L 78/2009)** è conforme all'originale.

2. Che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso e modificato.

Oulx, lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via email , tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.