

Al Comando di Polizia Municipale  
del Comune di  
LEQUILE

OGGETTO: RICHIESTA ai fini del rilascio del "CONTRASSEGNO INVALIDI per persone con  
"DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA" (art. 381 del D.P.R. 16.12.1992, n° 495).

La/Il sottoscritta/o..... nata/o a.....  
il ..... e residente in Lequile (LE) alla via ..... n°.....; CAP.....  
tel .....

**CHIEDE**

Il rilascio del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. n° 495/92).

A tal 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 (art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2010),

**DICHIARA**

1. di essere invalido civile con impossibilità di deambulazione senza l'aiuto di un accompagnatore;
2. di essere:
  - cieca/o parziale;
  - cieca/o assoluta/o;
  - ipovedente grave.
3. di non essere titolare di patente di guida;
4. di essere titolare di patente di guida, n°..... ctg:..... rilasciata da..... il ..... e valida sino al .....
5. di essere informata/o, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgv. n° 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 dell'attestazione sanitaria di cui al DPR 495/1992, art. 381, comma 3 acquisita nella forma del verbale di invalidità civile in cui è stata riconosciuta la condizione di cui al punto .....
- copia del documento d'identità in corso di validità;
- copia della patente di guida (se titolare).

Lequile, .....

.....  
Firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

**COMUNE DI LEQUILE**

Provincia di Lecce

**- UFFICIO POLIZIA MUNICIPALE -**

Prot. Inf. n° .....

**IL RESPONSABILE SETTORE POLIZIA MUNICIPALE**

- **vista** la richiesta di cui sopra;
- **preso atto** della documentazione presentata;
- **considerate** le linee guida per i criteri valutativi ai fini del rilascio del "contrassegno invalidi" espresse nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n° 128 del 17.08.2011 riportate al punto 2) "*Procedure per l'accertamento sanitario*"

**RILASCIATA**

il "CONTRASSEGNO INVALIDI" (art. 381 del D.P.R. 16.12.1992, n° 495), n°.....

Lequile, .....

**Il Responsabile Settore Polizia Municipale**

- ar -

**- dr.ssa Gabriella De Pascalis -**