

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO AUTO PER PERSONE CON GRAVI DISABILITA' NELLA DEAMBULAZIONE**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
*data di nascita localita' di nascita*

Residente a Mignanego in \_\_\_\_\_ tel. abltazione \_\_\_\_\_  
*via/piazza numero civico CAP*

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

- Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta")

A tale scopo allega:

2 FOTO **2 FOTO**  
1 - Documentazione originale (da portare in visione - viene restituita) rilasciata dalla Azienda Sanitaria Genovese:

- Certificato di accertamento dell'handicap - legge 104/92 con dicitura "presenta capacità di deambulazione sensibilmente ridotta - SI";
- oppure Certificato medico-legale uso contrassegno auto con dicitura "ha diritto al rilascio del contrassegno". Il certificato è rilasciato dalla ASL previa visita medica prenotabile presso i seguenti ambulatori:  
Genova - Quarto Via G. Maggio 6 tel. 010 3446304  
Genova - Val Bisagno Via Piacenza 266B r tel. 010 3446304  
Genova - Voltri Via Camozzini 15 tel. 010 6449673  
Genova - Bolzaneto Piazza Ospedale Pastorino 2 tel. 010 6448955

2 - Documento d'identità in corso di validità (non valida nuova patente di guida rilasciata da MCTC)

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno" (Se il contrassegno è scaduto da più di 3 mesi occorre nuovo certificato ASL - vedi sopra in documentazione per primo rilascio)
- Documento d'identità in corso di validità (non valida nuova patente di guida rilasciata da MCTC)
- Contrassegno scaduto

**PER I CONTRASSEGNI TEMPORANEI (IL CERTIFICATO RIPORTA "RIVEDIBILE IL...") E' NECESSARIO ALLEGARE ANCHE IL CODICE FISCALE**

La Informiamo, 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 da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Mignanego, Piazza Matteotti, 1. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Mignanego o di altre soggetti nominati Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

acconsento  (barrare casella)

non acconsento

Mignanego, \_\_\_\_\_ 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:**

Mignanego, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma

In caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità del delegato

(TIMBRO O CARTA INTESATA DEL MEDICO DI BASE)

ALLEGATO C4

**MODULO DI CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DISABILI CON SCADENZA  
QUINQUENNALE**

(non per quelli con validità inferiore DI COMPETENZA DELL'UFFICIO DI MEDICINA LEGALE DELLA ASL DI  
COMPETENZA)

In ordine alla richiesta di rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo presentata dal Sig.

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via / piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

titolare del Contrassegno per parcheggio per disabili N° \_\_\_\_\_, rilasciato

al Comune di \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_

in presa visione dei criteri patologici per il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo, approvato dalla  
Giunta Regionale della Liguria con delibera n° 1030/2013 e ss.mm. e ff

- presa visione del documento rilasciato dall'Ufficio di medicina legale della ASL \_\_\_\_\_  
che ha acconsentito il rilascio del primo contrassegno disabili (barrare la casella se esiste  
detto documento)

Si certifica

- per quanto di competenza, che permane il diritto per il rinnovo del Contrassegno per il  
parcheggio dei disabili, AI SENSI DEL DGR 1030/2013 DELLA REGIONE LIGURIA

ovvero

- si rinvia il richiedente mio assistito al parere definitivo all'Ufficio di Medicina Legale  
della ASL \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma del Medico Base)