

Protocollo	data:
	Numero:
	Classificazione:

Comune di GAVORRANO Polizia Municipale Via Terranova n.8 58023 Gavorrano
--

Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per disabili

Nome e Cognome _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

tel. n. _____ cell. _____

codice fiscale _ _ _ _ _

chiedo

<input type="checkbox"/> il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili <input type="checkbox"/> il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili n. _____ solo per chi ha ridotte capacità motorie <u>permanenti</u> <input type="checkbox"/> il rilascio del duplicato contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili n. _____ per il seguente motivo: _____

A tal fine **allego:**

- due foto formato tessera del titolare del contrassegno
- copia del versamento di € 15,00 (delibera G.C. n. 20 del 13/03/17) *
- N. 2 Marche da Bollo da € 16,00 (solo nel caso di CUDE temporaneo inferiore ai 5 anni)
- contrassegno di circolazione scaduto
- certificazione medica come di seguito indicata:
 - per il **rilascio** del contrassegno permanente:
 - certificato dell’Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l’invalidità permanente
 - certificato della commissione medica di invalidità attestante l’incapacità di deambulazione senza accompagnamento

[_] certificato della commissione medica ai sensi della Legge 104/92 attestante la disabilità con gravi problemi di mobilità (art. 3, comma 3)

[_] certificato della visita per il riconoscimento di non vedente assoluto o non vedente con residuo visivo non superiore a 1/20 (per i non vedenti)

- per il **rilascio** del contrassegno temporaneo

[_] certificato dell'Azienda Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità temporanea

- per il **rinnovo del contrassegno**

[_] certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità (per rinnovo del contrassegno permanente)

Dichiaro

che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

indirizzo e-mail _____

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) _____

recapito diverso da quello di residenza _____

Luogo e data

Firma _____

* il pagamento potrà essere effettuato

pagamento diretto presso gli sportelli del Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Bagno di Gavorrano, causale "Richiesta Permesso Invalidi per (Nome e Cognome);

a mezzo Servizio Pago PA dal sito del comune di Gavorrano :

Area Servizi / Pagamenti con Pago P/, Portale Servizi Online: dopo aver scelto servizio di pagamento sia con autenticazione che senza autenticazione selezionare **inserimento spontaneo** POLIZIA MUNICIPALE - DIRITTI DI SEGRETERIA/PRODUZIONE COPIE avendo cura di indicare nella causale del versamento: **Richiesta Permesso Invalidi per (Nome e Cognome)**