

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI SALERANO CANAVESE**

OGGETTO: Richiesta per il rilascio/rinnovo/duplicato del contrassegno invalidi.
(Art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n.495)

Il sottoscritto

Nome Cognome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
n. _____ (telefono) _____.

CHIEDE

il rilascio del contrassegno invalidi ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 495/1992.

TIPO DI RILASCIO RICHIESTO (Barrare la relativa casella):

☐ PRIMO RILASCIO

Allegare il certificato medico rilasciato dalla Commissione Medico Legale.

☐ RINNOVO

1. In caso di rinnovo di un contrassegno con validità **TEMPORANEA** è necessario rivolgersi preventivamente alla Commissione Medico Legale per l'attestazione del perdurare della patologia precedentemente diagnosticata.
2. In caso di rinnovo di un contrassegno con validità **PERMANENTE** è necessario rivolgersi preventivamente al proprio medico curante per l'attestazione del perdurare della patologia diagnosticata in precedenza dalla Commissione Medico Legale.

Indicare il numero e la data di rilascio del precedente contrassegno:

Numero _____ Data precedente rilascio _____

N.B.: E' obbligatorio, al momento del ritiro del nuovo contrassegno, restituire il contrassegno scaduto.

☐ RICHIESTA DI DUPLICATO (Furto/smarrimento o deterioramento)

In caso di furto/smarrimento allegare il certificato di denuncia effettuata presso le Autorità competenti.

Inoltre,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali sarà effettuato solo per i fini istituzionali e nei limiti di legge);
- di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate sanzioni previste dal Codice penale e delle Legge speciali in materia e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Salerno Canavese, li _____

IN FEDE
