



COMUNE DI CORIGLIANO-ROSSANO  
(PROVINCIA DI COSENZA)  
POLIZIA LOCALE  
AREA URBANA ROSSANO

AL SIG. SINDACO  
Comune di Corigliano-Rossano

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
*data di nascita localit  di nascita*

Residente a Corigliano-Rossano (CS) in \_\_\_\_\_ tel. abitazione \_\_\_\_\_  
*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 "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")**

A tale scopo allega:

- - Certificato originale medico-legale, rilasciato dall'A.S.P. Regione Calabria (Provincia Cosenza) Servizio Medicina Legale di Rossano, attestante la **ridotta capacit  di deambulazione**;
- oppure Verbale di valutazione della L. 104/92 nel quale sono indicate le impedito o ridotte capacit  motorie;
- oppure copia autentica del verbale di invalidit  rilasciato dall'I.N.P.S. da cui si evince che si possiedono i requisiti di cui all'art. 4 D.L. 9 Febbraio 2012 n. 5 (capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta);
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di **€ 15,00** indicante la causale "Richiesta contrassegno disabili", effettuato tramite:
  - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Corigliano- Rossano – Servizio Tesoreria";
  - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

**Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validit  inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto (Contrassegno n. \_\_\_\_\_).

**Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validit  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"**. Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi;
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- Contrassegno scaduto (Contrassegno n. \_\_\_\_\_);
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera);
- Attestazione del pagamento di **€ 15,00** indicante la causale "Richiesta contrassegno disabili", effettuato tramite:
  - versamento sul c/c postale n. 12606893 intestato a "Comune di Rossano – Servizio Tesoreria";
  - bonifico presso la Banca "Intesa San Paolo" – codice IBAN IT14J 03069 05742 10000 0046012.

**Chiede il rilascio/sostituzione del contrassegno per smarrimento**

A tale scopo allega:

- Denuncia all' Autorit  Competente;
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- N. 2 Fotografie, recenti, a colori (formato tessera).
- Attestazione del pagamento di **€ 10,00** indicante la causale "Sostituzione contrassegno disabili", effettuato tramite:

