



# CITTA` DI FOLLONICA

SETTORE 1 UFFICIO INFORMAZIONE E  
COMUNICAZIONE

Largo Cavallotti, 1 - 58022 Follonica (GR)  
Tel. 0566.59264 - Fax 0566.59217  
mdelviva@comune.follonica.gr.it



**ALL'UFFICIO URP DEL  
COMUNE DI  
FOLLONICA**

**OGGETTO:** Domanda per il rinnovo – duplicato del contrassegno invalidi (art. 188 D. lgs. n. 285/92 e art. 381 D.P.R. N. 495/92 come modificato dal DPR n. 151/2012)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Follonica in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali ex art. 76 D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti

## CHIEDE

ai sensi degli artt 188 del Nuovo Codice della Strada (D. Lgs. 30/04/1992 n. 285) e 381 del Reg.to di esecuzione e di attuazione (D.P.R. 16/12/1992 n. 495), come modificato dal D.P.R. 30.07.2012 n. 151

**IL RINNOVO** della concessione n. \_\_\_\_\_

Allega:

- n. 1 fotografia formato tessera;
- fotocopia documento di identità;
- Permesso scaduto;
- Ricevuta pagamento €5,00 per spese istruttoria tramite bollettino C.C. n. 109587 intestato a Comune di Follonica (causale: rinnovo contrassegno invalidi);
- Originale certificazione del medico curante Dr. \_\_\_\_\_ attestante il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione (**IN CASO DI PERMESSO VALIDO 5 ANNI**), **oppure** originale certificazione ufficio medico legale della ASL rilasciato dalla Commissione Medico Integrata, attestante le difficoltà deambulatorie (**IN CASO DI PERMESSO CON VALIDITA' INFERIORE A 5 ANNI**)

**IL DUPLICATO** della concessione n. \_\_\_\_\_ per smarrimento  *oppure* furto

Allega:

- n. 1 fotografia formato tessera;
- fotocopia documento di identità;
- Ricevuta pagamento €30,00 per spese istruttoria tramite bollettino C.C. n. 109587 intestato a Comune di Follonica (causale: duplicato contrassegno invalidi);

Follonica, li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_