

**REGIONE PUGLIA** ALLEGATO B  
**Servizio Sanitario Regionale – ASL della provincia di \_\_\_\_\_**  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
*Commissione medica di 1^ istanza per l'accertamento dello stato di invalidità civile*  
*del Distretto socio sanitario n. \_\_\_\_\_, integrata per la legge 104/92*

**RICHIESTA di CERTIFICAZIONE MEDICA utile ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI per persone con DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA**

(art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16/12/1992, modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

*(cognome e nome in stampatello della persona invalida)*

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposta/o a visita medico-legale presso la Commissione Invalidi Civili di \_\_\_\_\_ al fine di ottenere la certificazione medica di riconoscimento dello stato di "deambulazione impedita o sensibilmente ridotta", da allegare alla domanda per il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (contrassegno H) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. n. 495/92, modificato dal D.P.R. n. 151/2012), da presentare al Comune di residenza.

**Dichiara di essere informato che, per i titolari di patente di guida di veicoli, il riscontro di infermità tali, per natura ed entità, da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida dei veicoli, comporta la segnalazione all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, per i provvedimenti previsti dall'art. 128 del vigente Codice della Strada (revisione della patente di guida).**

A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000 ),

**DICHIARA**

1. di NON essere titolare di patente di guida
2. di essere titolare di patente di guida, n.ro \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_
3. di impegnarsi ad esibire, in visione, in occasione della visita medico-legale, tutta la documentazione medica originale, utile alla valutazione del caso
4. di essere informato, 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 forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge.

Pertanto, ACCONSENTE  NON ACCONSENTE  (barrare casella) al trattamento dei dati personali e sensibili.

**ALLEGA**

Copia del documento d'identità in corso di validità

Copia della patente di guida (se titolare)

\_\_\_\_\_

luogo                      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:**

\_\_\_\_\_

luogo                      data                      firma

**In caso di ritiro in qualità di persona delegata, allegare delega firmata dal richiedente (oppure dal tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità, in copia, del delegato e del delegante.**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA AI FINI DEL  
CONSEGUIMENTO DEL "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI  
RILASCIATA AI SENSI DELL'ART. 381 DEL DPR 16/12/1992, N.495, MODIFICATO  
DAL D.P.R. N. 151/2012**

- 1. FOTOCOPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE – IN CASO DI RICORSO ALLEGARE  
L'OMOLOGA DEL GIUDICE + LA PERIZIA DEL C.T.U.**
- 2. FOTOCOPIA PATENTE (SE IN POSSESSO)**
- 3. FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA'**
- 4. FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**

Inoltre, all'atto della visita, il richiedente dovrà presentarsi munito di tutta la documentazione medica relativa allo stato di deambulazione in originale e copia.

**La Segreteria  
C.I.C. D.S.S. 9 MODUNGO**