



Polizia Locale Gorgonzola

- Città Metropolitana di Milano -

Via degli Abeti n° 1 - Tel. 02/95300950

comune.gorgonzola@cert.legalmail.it - polizia.locale@comune.gorgonzola.mi.it



PROT. N. _____

Gorgonzola, lì _____

**Domanda rilascio/rinnovo autorizzazione per circolazione e sosta dei veicoli
al servizio di persone invalide
"CONTRASSEGNO INVALIDI"
art. 188 D.L.vo n.285 del 30/04/92 "Nuovo codice della strada"**

Il sottoscritto _____ dichiara sotto la propria responsabilità, di essere nato a _____ Prov. _____ il _____, di risiedere nel Comune di Gorgonzola in Via _____ n. _____ telefono numero _____.

CHIEDE

AUTORIZZAZIONE A TEMPO INDETERMINATO - 1° RILASCIO -

- ☐ Il rilascio della relativa autorizzazione, valida a tempo indeterminato e soggetta a rinnovo quinquennale, allegando certificato rilasciato il _____ dalla Commissione medica di appartenenza, attestante che il richiedente "presenta deambulazione sensibilmente ridotta".

AUTORIZZAZIONE TEMPORANEA - 1° RILASCIO -

- ☐ Il rilascio di autorizzazione temporanea, con scadenza _____ allegando certificato rilasciato il _____ dalla Commissione medica di appartenenza, attestante che il richiedente "presenta deambulazione sensibilmente ridotta" per il periodo indicato.

RINNOVO AUTORIZZAZIONE (TEMPO INDETERMINATO)

- ☐ Il rinnovo della autorizzazione n. _____ allegando autocertificazione (vedi retro) attestante la validità di quanto riconosciuto con verbale/autorizzazione originaria, a conferma del persistere delle condizioni sanitarie che avevano originato il rilascio.

RINNOVO AUTORIZZAZIONE (TEMPORANEA)

- ☐ Il rinnovo della autorizzazione n. _____ allegando certificato rilasciato il _____ dalla Commissione medica di appartenenza, a conferma del persistere delle condizioni sanitarie che avevano originato il rilascio.

DUPLICATO CONTRASSEGNO

- ☐ Il duplicato del contrassegno invalidi n. _____ rilasciato dal Comune di Gorgonzola in quanto: _____

➡ **Allegare n. 1 fotografia formato tessera.**

AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE

Qualora venissero a cessare le condizioni che hanno determinato lo stato di invalidità, alla scadenza del termine di autorizzazione temporanea o all'atto della richiesta di rinnovo della stessa quando rilasciata a tempo indeterminato, il soggetto interessato, o chi per esso, dovrà provvedere alla **RICONSEGNA** del contrassegno autorizzativo all'ufficio che l'ha rilasciato.

Ai sensi della Legge 241/90 si comunica che i termini per il rilascio del certificato autorizzativo o della formale comunicazione di diniego sono stabiliti in giorni 30 dalla data di compilazione della domanda.

L'inosservanza delle norme che disciplinano l'uso della autorizzazione in questione comporta violazione ai sensi dell'art.188 del D.Lvo n.285 del 30/04/92 "Nuovo codice della strada", fatto salvo per eventuali altre violazioni, anche di carattere penale.

(firma del richiedente)

(firma per ricevuta)



Polizia Locale Gorgonzola

- Città Metropolitana di Milano -

Via degli Abeti n° 1 - Tel. 02/95300950

comune.gorgonzola@cert.legalmail.it - polizia.locale@comune.gorgonzola.mi.it



DELEGA AL RITIRO

Il sottoscritto _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ residente/domiciliato nel Comune di Gorgonzola
in Via/Piazza _____ documento di riconoscimento
n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA AL RITIRO DEL TAGLIANDO INVALIDI EMESSO A MIO NOME

Il Sig/Sig.ra _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ residente a _____ in
Via/Piazza _____ documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____ il _____

Gorgonzola, lì _____

FIRMA DELL'INTERESSATO

N.B. PER IL RITIRO SI RICORDA DI PRESENTARSI MUNITI DEL DOCUMENTO D' IDENTITA' DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO, IN ORIGINALE O IN COPIA

AUTOCERTIFICAZIONE PER RINNOVO PASS INVALIDI A TEMPO INDETERMINATO

In conformità della Nota Esplicativa della Regione Lombardia del 7 ottobre 2025

Il sottoscritto _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ residente/domiciliato nel Comune di Gorgonzola in
Via/Piazza _____ documento di riconoscimento n. _____
rilasciato da _____ il _____

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che ciò può comportare la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 e 76 del predetto decreto:

DICHIARA

Ai sensi dell'art.4 c. 2 del D.L. n. 5 del 9 febbraio 2012 ed Art. 19 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Che quanto attestato con verbale/Certificato di disabilità rilasciato dalla Commissione medica, presentato in copia conforme all'originale, non è stato revocato, sospeso o modificato e che pertanto persistono le condizioni sanitarie che avevano originato il rilascio.

Gorgonzola, lì _____

IL DICHIARANTE

➡ ALLEGA

Copia conforme del verbale/autorizzazione originale

Dichiara altresì di essere consapevole che l'ufficio può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31/12/1996 n. 675 "Tutela della Privacy" - art. 27).