



Alla POLIZIA LOCALE

P.zza del Municipio 1  
Villarbasse (TO)

Modello:DISABILI-01 MAG-21

TIMBRO PROTOCOLLO

## RESTITUZIONE DEL CONTRASSEGNO DISABILI

### All'Ufficio di Polizia Locale

La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
residente in: Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Persona interessata     Parente: \_\_\_\_\_     Tutore legale     Badante  
 Altro \_\_\_\_\_

Valendosi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art.75 del medesimo T.U., in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### RESTITUISCE

il contrassegno disabili intestato a:

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

NUMERO CONTRASSEGNO: \_\_\_\_\_ Rilasciato il: \_\_\_\_\_

per il seguente motivo:

- sono decadute le condizioni normative che consentono l'utilizzo del contrassegno  
 l'intestatario è deceduto in data: \_\_\_\_\_  
 altro, specificare: \_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia del documento di identità del consegnatario e dell'eventuale fotocopia della delega in caso di rappresentanza dell'interessato.**

Villarbasse, il \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONSEGNETARIO

\_\_\_\_\_

### DA COMPILARE A CARICO DELL'UFFICIO CHE RITIRA IL CONTRASSEGNO:

Il contrassegno viene restituito al Comune di Villarbasse presso l'Ufficio \_\_\_\_\_

Data del ritiro: \_\_\_\_\_ ora del ritiro: \_\_\_\_\_

Ag./Uff./Amministrativo che ritira (nome e cognome): \_\_\_\_\_

**Il contrassegno disabili viene distrutto e al consegnatario viene rilasciata copia della presente istanza, protocollata.**