



---

Nome del procedimento:

### **RILASCIO CONTRASSEGNO DISABILI**

Denominazione dell'unità organizzativa (servizio o ufficio) responsabile del procedimento:

**Ufficio rilascio contrassegni per disabili (Servizi Delegati)**

Riferimenti normativi del procedimento:

**Art. 188 del D.Lgs 30/04/1992 n.285 e art.381 del D.P.R. 16/12/1992 n.495**

Nominativo del soggetto responsabile del procedimento:

**Mariateresa Lo Cascio**

Nominativo del soggetto responsabile dell'adozione del provvedimento finale:

**Chiaroni Valentino**

Indirizzo mail - Telefono:

**permessiztl@comune.como.it - 031 252548**

Termine del procedimento (*n. giorni in formato numerico*):

**15**

Tempo medio di conclusione del procedimento riferito all'esercizio finanziario precedente (*n. giorni in formato numerico*):

**8**

Documenti richiesti (*per i procedimenti ad istanza di parte*):

**Verbale commissione medica INPS ovvero certificato di non deambulabilità uso contrassegno invalidi. In caso di rinnovo alla scadenza dei 5 anni previsti è sufficiente la certificazione del medico di base.**