

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta di RILASCIO/RINNOVO autorizzazione e contrassegno di parcheggio per disabili.**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in questo Comune in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Da compilare solo in caso che la domanda venga sottoscritta da persona diversa

**In nome e per conto di** \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in codesto Comune in via \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- ESERCENTE LA PATRIA PODESTA' (in caso di minore)
- TUTORE
- FIGLIO

minorato/a fisico con deambulazione sensibilmente ridotta come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli artt. 7, c. 1, lett. d) e 188 del 'Nuovo Codice della Strada', emanato con D.Lgs. n. 285/92;
- dell'art. 381 del 'Regolamento di esecuzione e di attuazione del 'Nuovo Codice della Strada', emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495;

ed essendo a conoscenza che:

1. l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
2. non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da Sindaco di altro comune;
3. il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza(decesso,scadenza,emigrazione)

**CHIEDE**

- il **RILASCIO** dell'autorizzazione e del contrassegno per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida;al fine allega:
- **certificazione medica** rilasciata in data \_\_\_\_\_ dell'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il sottoscritto ha "la effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta"
  - **n. 1 foto tessera recente**
- il **RINNOVO** dell'autorizzazione e del contrassegno n. \_\_\_\_\_,avente scadenza alla data del \_\_\_\_\_ al fine allega:
- contrassegno scaduto
  - in caso di rinnovo di permessi "quinquennali" certificazione medica del proprio medico curante rilasciata in data \_\_\_\_\_
  - in caso di rinnovo di permessi temporanei certificazione rilasciata in data \_\_\_\_\_ dell'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale competente
  - n. 1 fototessera recente

**DICHIARA**

Di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci,come previsto dall'art.76 del D.P.R.445 del 28/12/2000;

*Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 193/03 (Legge sulla privacy): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per cui sono richiesti e saranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata.*

*Letta e compresa l'informativa sopra riportata do il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 per le finalità indicate.*

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_ Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_