

MARCA DA BOLLO
€ 16,00 ((1))

**AL RESPONSABILE DELL'AREA POLIZIA LOCALE
AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI_PORANO**

Oggetto: richiesta autorizzazione in deroga per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio di persone con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta e del relativo contrassegno invalidi denominato "Contrassegno di parcheggio per disabili".

Il/La sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ () in via/ P.zza _____ n. _____
domiciliato/a in _____ () in via _____ n. _____
codice fiscale _____ telefono ab _____
cellulare _____; email. _____

la sezione sotto riportata, deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO soltanto se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto

IN NOME E PER CONTO DI

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ () in via/ P.zza _____ n. _____
domiciliato/a in _____ () in via _____ n. _____
codice fiscale _____ telefono ab _____
cellulare _____ email. _____

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

- FAMILIARE CONVIVENTE (obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell'interessato)
- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)
- TUTORE (citare estremi dell'atto di nomina) _____
- INCARICATO (è obbligatorio allegare delega scritta) AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada (D.P.R. 495/1992):

<ul style="list-style-type: none">○ IL RILASCIO○ IL RINNOVO	DELL'AUTORIZZAZIONE IN DEROGA, PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA, O SENSIBILMENTE RIDOTTA E DEL RELATIVO CONTRASSEGNO INVALIDI DENOMINATO: " CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI " (conforme al modello previsto dalla raccomandazione n.98/376/CE del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998 di cui alla figura V.4. del D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151)
--	---

A tal fine, allega:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- Certificazione del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
- Copia della carta d'identità o documento equipollente;
- Marca da bollo da € 16,00 da apporre sull'autorizzazione;
- Nr. 1 fotografia formato tessera a colori su sfondo bianco.

(1) Da apporre sulla domanda SOLO PER AUTORIZZAZIONI. TEMPORANEE (Legge 23 dicembre 2000, n.388)

Riconsegna:

- o Contrassegno invalidi n. _____ del _____
- o Autorizzazione n. _____ del _____

S'impegna a RICONSEGNARE all'Ufficio in intestazione l'autorizzazione in deroga e il contrassegno in caso di decadenza.

Porano _____

Il richiedente

Dichiaro di aver letto e compreso INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (fornita quando i dati personali sono raccolti presso l'interessato, ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/ 679)

Il dichiarante

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (___) residente a _____ in _____ consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'uso dell'autorizzazione e del contrassegno è strettamente personale;
- di non avere altra autorizzazione e relativo contrassegno rilasciato da altro Comune d'Italia;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 16/12/2000.

PORANO __, lì _____

Il dichiarante
