

AL COMUNE
di

Oggetto: D.Lgs. 285/92 art.188 – DPR 495/92 art.381 – (contrassegno per la sosta in aree riservate a persone disabili)

Il /La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ via/piazza _____ n. _____
tel. _____

OPPURE

in nome e per conto di _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ via/piazza _____ n. _____
tel _____

e DICHIARANDO a tal fine, valendomi della disposizione di cui art. 46 e 47 Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 445/2000, 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, e sotto la mia personale responsabilità, di **AGIRE IN QUALITA'** di:

esercente la patria potestà impossibilitato alla firma⁽¹⁾ tutore (estremi atto)

CHIEDE

il rilascio ⁽²⁾ il rinnovo ⁽³⁾ contrassegno n. ____/____.

dell'autorizzazione disabili, e relativo contrassegno, di cui al D.Lgs. 30.04.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e successive modificazioni, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato attestante una effettiva capacità di deambulazione ridotta.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D.Lgs n. 196/2003.

Responsabile del trattamento è il Comandante la P.L. FOZZATO Dott. Alessandro.

_____, li _____

FIRMA

Allegati:

- (1) Certificare l'impossibilità alla firma
- (2) Istanza di rilascio contrassegno temporaneo:
 - a. certificato medico specifico rilasciato dalla competente U.L.S.S.;
 - b. n° due marche da bollo da €. 16,00, una per la domanda ed una per l'autorizzazione;
- (3) Per il rinnovo di contrassegno permanente: certificato del medico di base che attesta il persistere dell'invalidità
- (4) **Una foto tessera persona disabile**