

Reg. N.ro _____
Scade il _____

Spett.le COMUNE di _____

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

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente a _____ in Via _____
Tel _____

Da compilare solo nel caso i cui la domanda venga sottoscritta da persona diversa:

in nome e per conto di _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Tel _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del 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

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITÀ DI:

- esercitante la patria potestà** (in caso di minore)
 tutore (citare gli estremi dell'atto di nomina _____)

presentando un'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o impedita, ed essendo a conoscenza che:

- 1) l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art. 188 CdS;
- 2) non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da un altro Comune;
- 3) il contrassegno deve essere prontamente restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc)

CHIEDE

il **RILASCIO** dell'autorizzazione e del contrassegno per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'ASL TO4 rilasciata in data _____
- n. 1 foto tessera recente

il **RINNOVO** dell'autorizzazione e del contrassegno n. _____ avente scadenza alla data del _____, per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- o **contrassegno scaduto**
- o **in caso di rinnovo di permessi temporanei** (con durata inferiore a 5 anni): certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL TO4 rilasciata in data _____
- o **in caso di rinnovo di permessi "quinquennali"** (con durata di 5 anni): certificazione medica del proprio medico curante dott. _____ rilasciata in data _____
- o **n. 1 foto tessera 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 DPR 445 del 28.12.2000;
- 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 DPR 445 del 28.12.2000.

Eventuale comunicazione targhe veicoli ai fini dell'inserimento nella Banca Dati dei contrassegni europei disabili presso GTT S.p.A. per la libera circolazione sul solo territorio urbano di Torino:

TARGHE (massimo due):

1

2.....

SI ALLEGANO COPIE (FRONTE-RETRO) DELLE CARTE DI CIRCOLAZIONE E COPIE DEI CERTIFICATI ASSICURATIVI DEI VEICOLI.

data _____

Firma

- Allegare: - copia del documento di identità dell'interessato e, se persona diversa, del richiedente;
- documentazione relativa alle due targhe indicate (copia carta di circolazione e assicurazione per ogni targa).

INFORMATIVA D.LGS 196/2003 – art. 13

La informiamo che:

- *di dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei inoltrata e per le finalità strettamente connesse*
- *il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici*
- *i dati non verranno comunicati a terzi*
- *il conferimento dei dati è obbligatorio*
- *Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, cancellazione dei dati, come previsto dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003, rivolgendosi all'ufficio di Polizia Locale*