

AL SIG.SINDACO  
Del Comune di  
CIVITELLA PAGANICO

OGGETTO: Richiesta autorizzazione e “contrassegno di parcheggio disabili” di cui all’art.381 DPR 495/1992 e s.m.i. (A TEMPO INDETERMINATO).

PRIMO RILASCIO  RINNOVO (contrassegno N. \_\_\_\_\_)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono/cell. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

*quale diretto/a interessato/a, ovvero in nome e per conto di:*

cognome/nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono/cell. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARANDO** a tal fine: valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 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 :**

- FAMILIARE CONVIVENTE  ESERCENTE LA PATRIA POTESTA’
- FAMILIARE NON CONVIVENTE  ALTRO (allegare delega scritta)
- TUTORE (indicare gli estremi dell’atto) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio dell’**autorizzazione e relativo contrassegno di parcheggio disabili** di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e successive modificazioni, in quanto nella condizione di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato attestante una effettiva **capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**, così come indicato all’art. 381 del richiamato DPR 495/1992 (Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada).

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.

Li \_\_\_\_\_

Il/la richiedente (1)  
\_\_\_\_\_

1. se il richiedente non è in grado di firmare, la presente istanza deve essere sottoscritta da parente o tutore dichiarando che “firma in qualità di (grado di parentela o la qualifica) in quanto impossibilitato a firmare”.

**Si allegano i documenti di seguito selezionati:**

- certificazione medica rilasciata dall’Ufficio medico-legale dell’Azienda Sanitaria Locale di appartenenza (IN CASO DI PRIMO RILASCIO);**
- certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato al rilascio (IN CASO DI RINNOVO DELL’AUTORIZZAZIONE A TEMPO INDETERMINATO, CHE HA VALIDITA’ DI 5 ANNI);**
- n.2 fotografie dell’interessato/a in formato tessera;**

Si informa che il procedimento è di competenza dell’Ufficio Polizia Municipale, il responsabile del procedimento è l’ Isp. di P.M. Riccardo Marconi. Gli atti relativi all’istruttoria sono a disposizione c/o l’Ufficio di Polizia Municipale, Ufficio Verbali, Via l’ Maggio n. 6, 58045 Civitella Marittima tel. 0564/900426 – Email: poliziamunicipale@comune.civitellapaganico.gr.it