

Al
Sig. Sindaco
del Comune di
CASARANO

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.

La/Il sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliato/a in _____ (_____) in Via _____ n° _____
Codice Fiscale: _____ telefono abitazione _____
Cellulare _____;

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 dell'interessato.

IN NOME E PER CONTO DI

_____ nata/o il _____
a _____ residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliato/a in _____ (_____) in Via _____ n° _____
Codice Fiscale: _____ telefono abitazione _____
Cellulare _____;

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

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

CHIEDE

Ai sensi dell' art. 381 D.P.R. 495/1992 (modificato dal D.P.R. 30 luglio 2012 n° 151)

<input type="checkbox"/>	RILASCIO	DELL'AUTORIZZAZIONE IN DEROGA, PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA, O SENSIBILMENTE RIDOTTA DEL RELATIVO <u>CONTRASSEGNO INVALIDI</u> (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)
<input type="checkbox"/>	RINNOVO	

Casarano, li _____

Il Richiedente

A TAL FINE ALLEGA:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA';
- CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'UFFICIO MEDICO-LEGALE DELL'ASL DI APPARTENENZA;
- CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE ATTESTANTE IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO;
- COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' O DOCUMENTO EQUIPOLLENTE;
- N° 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA A COLORI SU SFONDO BIANCO.

Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m. e i (GDPR – D.Lgs. 101/2018).

Dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Note:

La certificazione rilasciata dalla competente ASL non è necessaria soltanto nei seguenti due casi:

- 1) Ciechi assoluti e "ventesimisti" (persone con residuo visivo non superiore ad un ventesimo) per i quali è sufficiente la presentazione del certificato di invalidità (cod.08/09);
- 2) Persone in possesso di certificato di invalidità civile se in esso risulta espressamente barrata la casella recante la dicitura "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" (cod.05/06).

QUALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO, MI IMPEGNO AL MOMENTO DEL RITIRO DELLO STESSO A:

Restituire il contrassegno in mio possesso:

- perché scaduto
- perché deteriorato
- altro _____

Non restituire il contrassegno sopraindicato a causa di:

- smarrimento (allego copia della denuncia)
- furto (allego copia della denuncia)
- altro _____

Casarano li _____

Il Richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritto/a _____ nata/o il _____
a _____ residente a _____ in Via _____ n° _____

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 aver 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.

DICHIARA ALTRESI'

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n°196 e sue s.m. e i (GDPR – D.Lgs 10172018 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Casarano, li _____

Il dichiarante
