

Marca da bollo € 16,00 per contrassegni con validità inferiore a 5 anni

Al Sindaco
del Comune di Luzzara

Richiesta di RILASCIO/RINNOVO di contrassegno di parcheggio per disabili

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ residente a Luzzara
in Via _____ n. _____ tel. _____

Da compilare solo in caso che la domanda venga sottoscritta da persona diversa

In nome e per conto di _____ nato/a il _____
a _____ residente a Luzzara in Via _____ n. _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 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 :

, ESERCENTE 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 del contrassegno è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- 2) non può essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato dal Sindaco di altro Comune;
- 3) il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.)

CHIEDE

(ai sensi artt. 7, c. 4 e 188 del Codice della strada e art. 381 del relativo regolamento di applicazione e ss.mm.)

il **rilascio** contrassegno per il parcheggio di disabili;

a tal fine allega:

1. **certificazione medica** rilasciata dall' Ufficio medico-legale dell' ASL di **Guastalla**
a firma del Dottor _____ rilasciata in data _____
2. **n.1 foto tessera recente**
- 3 **n.2 marche da bollo da € 16.00** se la certificazione stabilisce una **validità inferiore ai 5 anni**.

il **rinnovo** del contrassegno n. _____ avente scadenza alla data del _____;

a tal fine allega:

1. **contrassegno scaduto**;
2. **n. 1 foto tessera recente**;
3. **certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico - legale dell'ASL di Guastalla** a firma del Dottor _____ rilasciata in data _____ in caso di rinnovo di permessi con **validità inferiore ai 5 anni** unitamente a **n.2 marche da bollo da € 16.00**;

oppure :

certificazione medica del proprio medico curante Dottor _____
rilasciata in data _____ in caso di rinnovo di permessi con **validità di 5 anni**;

DICHIARA inoltre

- 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 D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Luzzara, _____

FIRMA _____

L' intestatario del contrassegno di parcheggio per disabili, ove possibile, deve presentarsi personalmente allo sportello per apporre la sua firma sul contrassegno, munito di un documento di riconoscimento. In caso di reale impossibilità, la firma sarà raccolta a domicilio dalla Polizia Municipale.

INFORMATIVA

DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 - ART. 13

La informiamo che:

I 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;

Il responsabile del procedimento del presente trattamento è Badari Maria Cecilia , Responsabile del Settore Servizi al Cittadino.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, cancellazione dei dati, come previsto dall'art. 7 del D.leg.vo 196/2003, rivolgendosi all'Ufficio competente.