

Spazio riservato al Protocollo

Contrassegno n.

scadenza

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO PER CIRCOLAZIONE E SOSTA DI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

1° RILASCIO

RINNOVO

DUPLICATO PER SMARRIMENTO FURTO ALTRO _____

**Al Comune di
Campo nell'Elba**

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____ residente a

Campo nell'Elba in via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di disabili secondo quanto previsto dalle disposizioni dell'art. 188 del Decreto Legislativo 30 Aprile 1992, n° 285 e successive modificazioni e del relativo regolamento d'esecuzione.

Nel contempo **delega**, al ritiro del contrassegno, il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a

a _____ il _____ residente a _____

in via _____, tel. _____.

Dichiara di aver preso visione del contenuto delle Ordinanze che regolano la circolazione e la sosta dei veicoli nel territorio del Comune di Campo nell'Elba.

Dichiara di essere a conoscenza che qualora, durante il periodo di validità dell'autorizzazione, vengano meno i requisiti soggettivi del titolare ed i requisiti oggettivi previsti dalla normativa per il rilascio, al titolare della medesima, o suo rappresentante, è fatto obbligo di restituire il contrassegno all'ufficio Polizia Municipale nel termine di 15 giorni dall'intervenuta variazione, revoca, decadenza, perdita dei requisiti o rinuncia, e che la mancata osservanza di tali prescrizioni comporta la revoca dell'atto stesso.

Dichiara di essere consapevole che il contrassegno dovrà essere esposto soltanto nel momento in cui viene trasportato il titolare diversamente abile e ogni abuso, qualora non costituisca più grave reato, verrà punito con la revoca ed il ritiro immediato dello stesso.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che è facoltà dell'Amministrazione Comunale porre in essere accertamenti per la verifica delle circostanze dichiarate.

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03.

Il/La Richiedente

Allega alla presente:

In busta chiusa la documentazione medica prevista dal Decreto Legislativo 30 Aprile 1992, n° 285 e successive modificazioni e del relativo regolamento d'esecuzione e sulla disciplina del rilascio delle autorizzazioni al transito e sosta dei veicoli sul territorio comunale:

fotocopia di certificato medico attestante l'invalidità,

fotocopia di certificato medico attestante le difficoltà di deambulazione rilasciato dalla ASL,

fotocopia di un documento di identità del richiedente e del delegato al ritiro del contrassegno.

Campo nell'Elba, li _____

Per ricevuta _____ Qualifica _____ data _____