

AL COMUNE DI PEDAVENA

Richiesta di rilascio/rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta del veicolo adibito al trasporto di persona con disabilità.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ 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 a _____ il _____

Residente a PEDAVENA in via _____ n° _____

C.F. _____

A' 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 QUALITA' DI:

☐ FAMILIARE CONVIVENTE

☐ ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)

☐ TUTORE (allegare atto di nomina)

☐ INCARICATO (è obbligatorio allegare delega scritta)

presentando una disabilità ed essendo a conoscenza che:

1) l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;

2) non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;

3) il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.)

CHIEDE

☐ il **rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta del veicolo adibito al trasporto di persona con disabilità su indicata ai sensi dell'art. 381 del "Regolamento di Esecuzione" C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16/12/1992,

☐ il **rinnovo** del contrassegno n. per la circolazione e la sosta del veicolo adibito al trasporto di persona con disabilità su indicata ai sensi dell'art. 381 del "Regolamento di Esecuzione" C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16/12/1992,

A tal fin **allega:**

☐ certificazione medica rilasciata in data dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio che attesta l'effettiva disabilità.

☐ verbale della commissione per accertamento invalidità civile o cecità civile del

☐ certificazione medica rilasciata in data dal medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno.

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 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.

li _____

firma _____

Allega, inoltre:

☐ copia documento di identità dell'interessato

☐ copia documento del richiedente (se persona diversa)

☐ n. 1 fotografia recente dell'interessato

☐ SE IN POSSESSO DI UN CERTIFICATO MEDICO TEMPORANEO ALLEGARE N. 2 MARCHE DA BOLLO DA EURO 16.00 CIASCUNA.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)
per i trattamenti effettuati dal Comune di Pedavena**

L'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 12 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 è reperibile all'interno del sito istituzionale dell'Ente <https://comune.pedavena.bl.it> alla sezione "[Informativa](#) [privacy](#)", raggiungibile al seguente link: https://cloud.urbi.it/urbi/progs/urp/ur1UR033.sto?DB_NAME=n1200469&NodoSel=5000").

=====
Riservato al Comune di Pedavena

Vista la regolarità della domanda e la conformità della documentazione prodotta, si esprime esito favorevole per il rilascio del contrassegno n. _____ con validità dal _____ al _____.

Pedavena, _____

.....

Contrassegno consegnato in data _____

☐ al titolare

Oppure

☐ al sig. _____ in qualità di _____

Per ricevuta: _____