

ESENTE DA BOLLO SE
L'INVALIDITA' E' PERMANENTE
Al Dirigente della Polizia Municipale
Dell'Unione delle Terre d'Argine

OGGETTO: Domanda per il rilascio di autorizzazione e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 188 C.d.S. e art. 381 comma 2 Regolamento di esecuzione al C.d.S.)

Il / La sottoscritto/a.....nato/a
a il e residente in
.....vian. documento d'identità
n.....del rilasciato da in
data Tel **in nome e per conto di**
..... nato a il
..... e residente a Carpi Campogalliano Novi Soliera , in via
..... n.dichiarando a tal fine, valendomi della
disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste
dall'art. 76 e della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del medesimo decreto, in caso di rilascio
di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità, **di agire in qualità di:**

- titolare familiare convivente esercente la potestà genitoriale
 altro _____

ESSENDO A CONOSCENZA:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
 - 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
 - 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro comune, scadenza, ecc.);
- con la presente ai sensi dell'articolo 381 comma 3 del D.P.R. n. 495 del 16 dicembre 1992

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed in particolare:

- Il rilascio di autorizzazione, valida a **tempo indeterminato** e soggetta a rinnovo quinquennale, e relativo contrassegno, **allegando** certificato rilasciato da medico della U.O. "Medicina Legale" della U.S.L. di appartenenza o Verbale della Commissione Medica di prima istanza dell'Azienda USL o Verbale del Centro Medico Inps;
- Il rilascio di **autorizzazione temporanea** e relativo contrassegno, **allegando** certificato rilasciato da medico della U.O. "Medicina Legale" della U.S.L. di appartenenza oppure Verbale della Commissione Medica di prima istanza dell'Azienda USL o Verbale del Centro Medico Inps, purchè riporti una delle casistiche per le quali la legge disciplina il rilascio del contrassegno;
- Il rilascio **per rinnovo** dell' autorizzazione valida a **tempo indeterminato** e soggetta a rinnovo quinquennale già in mio possesso, e relativo contrassegno, **allegando** certificato rilasciato dal Medico curante;

ALLEGA inoltre FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA DELL'INTESTATARIO 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;
- e 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.

ADEMPIMENTI NORMATIVA PRIVACY (D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

- Art. 13 D.Lgs 196/2003: Unione delle Terre d'Argine è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e sensibili per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti per le finalità indicate in questo modulo. I dati sensibili (di cui all'art. 4 comma 1 lett. d)), saranno trattati solo ed esclusivamente per adempiere agli scopi indicati nel presente modulo e saranno deducibili dal documento di riconoscimento richiesto e dal certificato medico presentato. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D. Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile del settore Polizia Municipale nella persona del Dirigente pro-tempore, con sede in via Tre Febbraio 2 - Carpi (Mo) , tel. 059 649555, fax 059 649408. L'informativa completa denominata "Utenti settore Polizia Municipale", può essere consultata su www.terredargine.it/informative oppure richiesta telefonando a QuiCittà allo 059/649.213.

Firma _____

AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE

In caso di rilascio ex novo di autorizzazione e relativo contrassegno, siano essi permanenti (validità 5 anni) o temporanei (validità inferiore a 5 anni), il richiedente dovrà recarsi presso la U.O. "Medicina Legale" della U.S.L. di appartenenza e farsi rilasciare apposito certificato o produrre Verbale della Commissione Medica di prima istanza dell'Azienda USL o Verbale del Centro Medico Inps;

In caso di rinnovo (si parla di rinnovo solo con riferimento a quello avente validità quinquennale) di autorizzazione e relativo contrassegno, il richiedente dovrà recarsi presso il proprio medico curante e farsi rilasciare apposito certificato;

Alla scadenza del termine di validità dell' autorizzazione e relativo contrassegno permanente, l'interessato dovrà in ogni caso provvedere alla riconsegna dei medesimi all'ufficio che li ha rilasciati;

L'inosservanza delle norme che disciplinano l'uso dell'autorizzazione e relativo contrassegno comportano, fatta salva l'applicazione di eventuali sanzioni penali, l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui all'articolo 188 del D.Lgs. n. 285 del 30/04/1992;

Qualora il richiedente sia una persona diversa dall'interessato (familiare, amico, badante ecc), per procedere alla compilazione della domanda così come al ritiro del contrassegno, è necessario che si presenti munito di copia del documento d'identità proprio e dell'interessato.

Si fa presente che, qualora l'interessato sia impossibilitato alla firma, colui che presenterà la domanda in nome dell'interessato richiederà al personale, per la compilazione, dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo o permanente alla sottoscrizione e alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute, ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 comma 2.

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO IN CASO DI RINNOVO
RITIRO AUTORIZZAZIONE E CONTRASSEGNO SCADUTI**

IL SOTTOSCRITTO AGENTE DI PM dichiara di avere proceduto al ritiro dell'autorizzazione e contrassegno n. / perché SCADUTO.

Dipendenza territoriale di lì

L'addetto
