

****

**AL RESPONSABILE POLIZIA LOCALE**

**AL SINDACO DEL COMUNE DI PORANO**

**Oggetto: richiesta autorizzazione per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio di persone disabili**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il

residente a in Via/Piazza n° tel.

Codice fiscale email

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**

(nome e cognome) nato/a a il

residente a in Via/Piazza n° tel.

Codice fiscale email

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA’ DI:**

* **FAMILIARE CONVIVENTE** (obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell’interessato)
* **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA’** (in caso di minore)
* **TUTORE** (citare estremi dell’atto di nomina)

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 381 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada (D.P.R. 495/1992):

|  |  |
| --- | --- |
| * **IL RILASCIO** * **IL RINNOVO** | DELL’AUTORIZZAZIONE PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE DISABILI E DEL RELATIVO CONTRASSEGNO (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) |

**A tal fine, allega:**

* Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà;
* Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell’Azienda Sanitaria Locale di appartenenza**;**
* Certificazione del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
* Copia della carta d’identità o documento equipollente;
* Marca da bollo da € 16,00 da apporre sull’autorizzazione;
* Nr. 1 fotografia formato tessera a colori su sfondo bianco.

**Riconsegna:**

* Contrassegno invalidi n. del

ORVIETO

* Autorizzazione n. del

Si impegna a RICONSEGNARE all’Ufficio in intestazione l’autorizzazione in deroga e il contrassegno in caso di decadenza.

Porano, Il richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o nata/o a , il

residente a , in , 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 avere 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 altresì

.......................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

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 viene resa.

Porano, Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_