

Marca da bollo
€ 16,00

Al Comune di Barone Canavese

OGGETTO: Art. 381 D.P.R. N°495/1992: richiesta rilascio “Contrassegno di parcheggio per disabili”

Il/La sottoscritto/a _____
prendendo atto che:

I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. n°495/1992., ai sensi del Dlgs. n°196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso, tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo.

L'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7, 8, 9, 10 del D.Lgs. n°196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il titolare del trattamento è il Comune di Barone Canavese nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è Giuseppina BARONE;

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n°445/2000

DICHIARA

di essere nato/a il _____ a _____ (_____)
e di essere residente in Via/Piazza _____
a _____ (_____) telef. / cellulare _____

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. N°495/1992 ed il contestuale rilascio del “**contrassegno di parcheggio per disabili**” di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012.

A tale scopo allega certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di _____ attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta in modo _____.

Rinnovo del Contrassegno disabili già posseduto n° _____ rilasciata il _____ dal Comune di _____ si allega certificazione del medico curante Dott. _____ rilasciata il _____
che attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno

Richiesta duplicato per smarrimento del Contrassegno disabili già posseduto n° _____ rilasciata il _____

Allo scopo allega copia di un proprio documento di riconoscimento e n° 1 fototessere.

Luogo e data _____

firma
