

Mod. n. 3 T

DA COMPILARE SOLO IN CASO CI SIA IL TUTORE

Modulo per rinnovo contrassegno di parcheggio per disabili

Spett.le
COMUNE DI ARSAGO SEPRIO
Comando Polizia Locale
21010 ARSAGO SEPRIO (VA)

Contr. N. _____

Oggetto: Contrassegno di parcheggio per disabili ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/92. – D.P.R. n. 151/2012.
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (D.P.R. 20/10/98 artt. n. 403 e 1-2-3 della L. 127 del 15/05/97).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ in Via/Piazza _____
tel. _____

DICHIARA

di essere genitore / convivente / curatore / tutore di _____ nato/a il _____
a _____ residente a **ARSAGO SEPRIO** in Via/Piazza _____
tel. _____

avendo effettiva capacità di deambulazione impedita e/o sensibilmente ridotta ed 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.)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione, C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92, il RINNOVO dell'autorizzazione in deroga prevista, riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio di persone disabili N. _____ del _____ poiché scaduta.

Allega a questo scopo:

- **certificazione del medico curante**, attestante il persistere delle condizioni sanitarie (capacità di deambulazione impedita e/o sensibilmente ridotta) che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi al/alla sig./sig.ra _____;
- **Foto tessera recente del titolare contrassegno;**
- **Foto copia carta di identità.**

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/la sottoscritto/a 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.

Arsago Seprio, _____

Firma

Vera la firma apposta in mia presenza

Identificato a mezzo _____ rilasciata da _____ il _____

Arsago Seprio _____

L'operatore di Polizia Locale

ALLEGRO:

- certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie (capacità di deambulazione impedita e/o sensibilmente ridotta) che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno precedente;
- foto tessera recente;
- fotocopia carta d'identità;
- contrassegno scaduto.

ADEMPIMENTI EX D.L. 196/2003 – PRIVACY

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il/La sottoscritto/a ai sensi dell'art.13 del D.L. 196/2003 e successive modifiche, dichiara di essere a conoscenza dei propri diritti ed esprime il consenso per il trattamento dei dati personali al fine di consentire da parte del Comune di Arsago Seprio e delle società da questo incaricate, l'espletamento di funzioni istituzionali attribuite da leggi e regolamenti e necessarie alla realizzazione di quanto richiesto.

esprimo il consenso

non esprimo il consenso

Sottoscrizione del richiedente

Firma _____

Visto si autorizza
Il Comandante
Giuseppe *PICONE*