

Al Comune di S. Stefano Ticino
Via Garibaldi, 9
20010 Santo Stefano Ticino (MI)
poliziale@comune.santostefanoticino.mi.it

OGGETTO: art. 381 D.P.R. n. 495/1992: richiesta rilascio, rinnovo o duplicato del "Contrassegno di parcheggio per diversamente abili".

Il/la sottoscritto/a _____

prendendo atto che:

1. 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 D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
2. 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;
3. tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
4. l'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7,8,9,10 del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;
5. il titolare del trattamento è il Comune di Santo Stefano Ticino, nella persona del suo legale rappresentante;
6. il responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Vigilanza

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 a _____ il _____

e residente in Santo Stefano Ticino Via _____ n. _____

tel./cell _____, in qualità di _____

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
- Il **duplicato** dell'autorizzazione n. _____ del _____
- Il **rinnovo** dell'autorizzazione n. _____ del _____

Per: cognome _____ nome _____ nato/a _____

il _____, residente a _____ in via _____

A tal fine allega:

Rilascio

- fotocopia documento di identità;
- n. 2 fototessere
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale _____ attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta
- Per il rilascio di autorizzazioni temporanee (**inferiori ai 5 anni**) sono necessarie n. 2 marche da bollo da € 16,00

Rinnovo

- certificato del proprio medico curante che attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al primo rilascio

Duplicato

- originale deteriorato o copia della denuncia di smarrimento o furto

Data _____

firma _____