

CONTRASSEGNO N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ SCADE IL \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Richiesta di RILASCIO/RINNOVO autorizzazione di parcheggio per disabili, "art. 381 D.P.R. N° 495/1992"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ e residente a Monteroni di Lecce in Via /P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ,

Presentando un'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o impedita, ed essendo a conoscenza che:

1. l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'Art. 188 del C.d.S.;
2. non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
3. il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, emigrazione, scadenza, ecc.)

#### CHIEDE

(ai sensi dell'Art. 7, c. 4 e 188 del Codice della Strada e art 381 del relativo regolamento di applicazione e ss. mm.)

il **RILASCIO** dell'autorizzazione e del contrassegno per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- **il Certificato Medico rilasciato dalla commissione Medico Legale dell'ASL o verbale INPS dal quale risulta: "invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta - art. 381 DPR 495/1992" con data non antecedente a 180 giorni dall'istanza o lo stato di non vedente (DPR 503/1996, art 12 comma 3);**
- **copia documento di identità;**
- **n° 2 foto tessera recente;**
- **Versamento di € 6,00 da effettuare a mezzo di pagamento POS presso il Comando al momento del ritiro del CUDE**

il **RINNOVO** dell'autorizzazione e del Contrassegno n° \_\_\_\_\_ avente scadenza alla data del \_\_\_\_\_ per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- **Contrassegno Scaduto**
- **in caso di rinnovo di permessi temporanei (durata inferiore ai 5 anni) - il Certificato Medico rilasciato dalla commissione Medico Legale dell'ASL o verbale INPS dal quale risulta: "invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta - art. 381 DPR 495/1992" con data non antecedente a 180 giorni dall'istanza o lo stato di non vedente (DPR 503/1996, art 12 comma 3)".**
- **in caso di rinnovo di permessi "quinquennali" (durata 5 anni) - certificazione medica del medico curante.**
- **n° 1 foto tessera recente.**
- **Versamento di € 6,00 da effettuare a mezzo di pagamento POS presso il Comando al momento del ritiro del CUDE**

#### 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 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;
- di essere consapevole che se nella certificazione medica si riscontra la dicitura "L'interessato non possiede alcun requisito tra quelli di cui all'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012 n. 5" – significa che la Commissione non ha rilevato nessuna delle condizioni per l'accesso ai benefici relativi al "contrassegno disabili", in tal caso **la richiesta verrà rigettata.**

Monteroni di Lecce, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA

**Decreto Legislativo 196 /2003 - Regolamento (UE) n.2016/679**

La informiamo che:

- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da lei inoltrata e per le finalità strettamente connesse;
- Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- I dati non verranno comunicati a terzi, il conferimento dei dati è obbligatorio;
- Il titolare del trattamento è il Comune di Monteroni di Lecce nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è il DIRIGENTE della POLIZIA LOCALE.