

**DOMANDA DI RILASCIO O RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI AI
SENSI DELL'ART. 381 DEL D.P.R. 16 DICEMBRE 1992 N. 495 E S.M.
(REGOLAMENTO DI ESECUZIONE E DI ATTUAZIONE DEL NUOVO
CODICE DELLA STRADA) ****

-Al Dir. Settore Ambiente e Mobilità Sostenibile del
Comune di Livorno

Oggetto: domanda di rilascio o rinnovo contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 e successive modifiche (Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

codice fiscale _____

n. tel _____ indirizzo pec _____ indirizzo e-mail _____

(indicare un numero telefonico e un indirizzo di posta elettronica certificata –se disponibile- o indirizzo e-mail per successivi contatti)

in qualità di _____ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del/la Signor/ra _____ temporaneamente
(cognome) (nome)

impedito/a a causa del suo stato di salute, rende la presente dichiarazione nell'interesse del/la predetto/a

CHIEDE

il rilascio del contrassegno previsto dall'art.381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 e successive modifiche (Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada) e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 oltre alla conseguente immediata decadenza dei benefici eventualmente acquisiti sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.

di essere nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

di essere residente a _____ (____) cap _____
(luogo) (prov.)

in Via/Piazza _____ n. _____
(indirizzo)

di essere cittadino italiano (oppure) _____

di avere una capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta o altre cause patologiche come da certificazione dell'ufficio medico-legale dell'ASL

di essere non vedente

di avere la disponibilità del/i veicolo/i

targato _____, carta di circolazione n. _____

targato _____, carta di circolazione n. _____

oppure

che la persona per cui viene fatta la presente dichiarazione:

è nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____

è cittadino/a italiano/a (oppure) _____

numero del codice fiscale _____

ha una capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta o altre cause patologiche come da certificazione dell'ufficio medico-legale dell'ASL

è non vedente

ha la disponibilità del/i veicolo/i

targato _____, carta di circolazione n. _____

targato _____, carta di circolazione n. _____

di presentare richiesta per il rinnovo del contrassegno n. _____;

oppure

di presentare richiesta per il primo rilascio del contrassegno

Allega alla presente:

copia documento di identità o di riconoscimento;

due foto tessera uguali;

nel caso di primo rilascio: certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica e'

stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;

- *nel caso di rinnovo (escluso non vedenti)*: certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica e' stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta *oppure* certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno;

IL DICHIARANTE

(luogo, data)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

(luogo, data)

Si informa che il titolare del trattamento è il Comune di Livorno e che il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Ufficio competente, secondo gli atti di organizzazione vigenti

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

** La presente richiesta è esente da bollo ai sensi dell'art.13-bis della tabella allegato B al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642