

**All ' Ufficio di Polizia Locale
del Comune di TISSI**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

(articolo 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____ CF _____ residente a _____ in _____ n. _____
Tel . _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

Il **RILASCIO/RINNOVO** dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, a favore di :

- sé medesimo
 In qualità di: Esercente la patria potestà del minore Tutore Altro _____

per nome e per conto di _____ nato/a il _____ a _____
CF _____ residente a _____ in _____ n. _____
Tel . _____ cell. _____ e-mail _____

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96)

oppure, in alternativa

Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

N. 1 foto a colori formato tessera

In caso di **RINNOVO**: certificato del medico curante del _____ e contrassegno scaduto di validità.

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessità che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche: _____

(Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 196/2003))

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti.

Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica.

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

_____ li, _____

Il Titolare o suo genitore/tutore

Esente da imposta di bollo - Tabella di cui all'allegato B del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642.

Informazioni per l'utenza: il presente modello compilato in ogni sua parte dovrà essere consegnato a mano o inviato a mezzo posta normale o elettronica, all' Ufficio di Polizia Municipale di Tissi: Via Dante 5 ♦ 07040 TISSI Telefono - 079 3888014 ♦ Fax - 079 3888023 ♦ e-mail - poliziamunicipale@comune.tissi.ss.it

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

PER IL PRIMO RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI:

1. **Certificato medico-legale rilasciato dall'ASL di residenza;**
2. **Se invalido al 100% con indennità di accompagnamento: verbale commissione medica dell' A.S.L. ;**
3. **Se cieco assoluto: verbale commissione medica dell' A.S.L;**
4. **n° 1 foto tessera a colori;**
5. **Fotocopia documento d' identità valido.**

PER IL RINNOVO ALLA SCADENZA DEI 5 ANNI

1. **certificazione del medico curante che dichiara il persistere delle condizioni sanitarie di capacità di deambulazione sensibilmente ridotta tali da riconfermare il contrassegno così come previsto dal D.P.R. 503/96;**
2. **n° 1 foto tessera a colori ;**
3. **Fotocopia documento d' identità valido;**
4. **Contrassegno scaduto di validità.**