

**Richiesta di rinnovo autorizzazione per contrassegno di parcheggio per disabili**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a Prizzi in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_.

*Da compilare solo in caso che la domanda venga sottoscritta da persona diversa.*

**In nome e per conto di** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a Prizzi in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P. R 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dell'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dell'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci e sotto la mia personale responsabilità:

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)

TUTORE (citare gli estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_

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 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, scadenza, ecc.)

**CHIEDE**

(ai sensi artt.7, c. 4 e 188 del Codice della strada e art. 381 del relativo regolamento di applicazione e ss. mm.)

il rinnovo dell'autorizzazione e del contrassegno n. \_\_\_\_\_,avente scadenza alla data del \_\_\_\_\_, per la circolazione e sosta di veicoli trasportati o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- **contrassegno scaduto**
- **in caso di rinnovo di permessi temporanei (durata inf. ai 5 anni) certificazione medica** rilasciata dall'Ufficio di Medicina legale dell'A.S.P. di Palermo Distretto di Lercara Friddi in data \_\_\_\_\_ ;

- **in caso di rinnovo di permessi “quinquennali”(durata di 5 anni)** – certificazione medica del proprio medico curante Dott. \_\_\_\_\_  
rilasciata in data \_\_\_\_\_;
- **n. 1 foto tessera recente.**

#### **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.

Prizzi lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di identità dell’interessato e, se persona diversa, del richiedente.

#### **INFORMATIVA** **Decreto Legislativo 196/2003 –ART. 13**

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 elaborati elettronici a disposizione degli uffici;
- I dati non verranno comunicati a terzi;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio;
- Il responsabile del procedimento del presente trattamento è l’Agente di P.M. Cannariato Antonina;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, cancellazione dei dati come previsto dall’art. 7 del D.leg.vo 196/2003, rivolgendosi all’ufficio competente.