

Al Sig. Sindaco del Comune di _____
tramite il Corpo Unico di Polizia Municipale del Frignano

- ☐ **Presidio di Pavullo nel Frignano (Lama Mocogno - Pavullo n/F - Polinago - Serramazzone)**
☐ **Presidio di Sestola (Fanano - Montecreto - Sestola)**
☐ **Presidio di Pievepelago (Fiumalbo - Pievepelago - Riolutato)**

Oggetto: Richiesta di (1) ☐ **Rilascio** ☐ **Rinnovo** ☐ **Duplicato** ☐ **Sostituzione**

del Contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte (art. 188 Codice della Strada - D.Lgs. n. 285 del 30/4/1992 ed art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione - D.P.R. n. 495 del 16/12/1992).

____ I ____ sottoscritt _____ nat _____ il _____ a _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____,
recapito telefonico _____,

☐ **per proprio conto** ☐ **in qualità di** _____ del/della sig./sig.a _____
_____ nat _____ il _____ a _____ e residente a _____
_____ in via/piazza _____ n. _____,

avendo effettiva capacità di deambulazione ridotta ed essendo a conoscenza:

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

CHIEDE IL RILASCIO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data _____ dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda per i Servizi Sanitari (2) di _____, attestante che ____ I ____ scrivente ha capacità di deambulazione:

☐ permanenti ☐ sensibilmente ridotte / temporanee (3) durata del certificato _____.

CHIEDE IL RINNOVO

del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega il certificato rilasciato in data _____ dal Medico Curante dott. _____, attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale contrassegno N° _____ (4).

SI ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA, UNA FOTOTESSERA DELLA PERSONA DIVERSAMENTE ABILE

CHIEDE IL DUPLICATO

del contrassegno in oggetto, a tal fine si allega ☐ denuncia di smarrimento ☐ denuncia di furto

CHIEDE LA SOSTITUZIONE

del contrassegno in oggetto, in quanto ☐ deteriorato/illeggibile ☐ Nuovo Contrassegno Unificato Disabili Europeo

D I C H I A R A

- 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.

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 23 e 26 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati sensibili, prevalendo il proprio interesse ad ottenere l'autorizzazione rispetto alla tutela dei dati medesimi.

_____, lì _____

Firma (5): _____

Note per la compilazione:

- 1) Barrare la voce che interessa .
- 2) Non equivale a tale specifico certificato il documento rilasciato dalla Commissione Medica o dall'Organo che ha riconosciuto l'invalidità.
- 3) Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'A.S.S..
- 4) Indicare numero di contrassegno scaduto o in scadenza.
- 5) Per esteso e leggibile.