

| |
|---|
| PROTOCOLLO |
| POLIZIA MUNICIPALE AREA DI VIGILANZA |
| PROT. N° _____ |
| DATA _____ |

AL COMUNE DI AMEGLIA (SP)
COMANDO POLIZIA MUNICIPALE



RICHIESTA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Il sottoscritto/a _____ telefono n. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ indirizzo _____

*Da compilare solo in caso che la domanda venga sottoscritta da persona diversa
(nel qual caso allegare copia fotostatica di un documento d'identità del delegato)*

In nome e per conto di _____

nato/a il _____ a _____

residente ad Ameglia (SP) in _____ n. _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle azioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'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) _____

relativamente al contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/92 per la circolazione e sosta con veicolo a servizio di persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

DEFINITIVO (validità 5 anni)

TEMPORANEO

ed a tal fine allega una delle seguenti certificazioni:

verbale commissione medica invalidi con l'indicazione della sussistenza dei requisiti sanitari necessari per il rilascio del contrassegno;

certificazione di capacità di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL di Sarzana (SP), contenente espressamente il presumibile periodo di durata dell'invalidità;

✕ N° 2 foto recenti, formato tessera a colori.

IL RINNOVO

ed a tal fine allega:

certificato del medico curante sul persistere delle condizioni di capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

✕ N° 2 foto recenti, formato tessera a colori.

IL DUPLICATO

ed a tal fine **DICHIARA:**

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

IL DETERIORAMENTO

IL FURTO

LO SMARRIMENTO

del contrassegno di parcheggi per disabili n° _____ del _____ scad. _____

Allega:

In caso di furto o smarrimento: **denuncia di smarrimento o furto**

In caso di deterioramento: **il contrassegno deteriorato**

× N° 2 foto recenti, formato tessera a colori.

restituisce il contrassegno scaduto

non restituisce il contrassegno scaduto per _____

Data _____

In fede _____



RISERVATO POLIZIA MUNICIPALE

Si rilascia il contrassegno rinnovo duplicato

di parcheggio per disabili annotandolo al

N° _____ del Registro

Foto
Concessionario
Contrassegno

NON si rilascia per i seguenti motivi: _____

Data _____

Il Responsabile del Procedimento

Data _____

_____ *firma per ricevuta del concessionario o del delegato*