

Marca da bollo
(Le autorizzazioni permanenti
sono esenti a norma dell'art. 33
della L. 388/2000)

AL Sig. Sindaco
del Comune di CAMPAGNANO DI ROMA

OGGETTO: **Richiesta rilascio autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone non vedenti o con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.**

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... e residente
in questo comune, in, tel. Cell., essendo:

- non vedente, come risulta dalla documentazione allegata;
- con deambulazione sensibilmente ridotta in modo permanente, come risulta dalla documentazione allegata;
- con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta a tempo determinato fino al, come risulta dalla documentazione allegata;

- in relazione al disposto:
- dell'art. 11 del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503;
 - dell'art. 188 del "Nuovo Codice della Strada", emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
 - dell'art. 381 del "Regolamento di esecuzione ed attuazione del nuovo Codice della Strada", emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495;
 - dell'art. 4 del D.L. 9 febbraio 2012, n. 5 "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo", convertito in Legge 4 aprile 2012, n. 35;

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione e del corrispondente contrassegno previsto per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone non vedenti o con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

CAMPAGNANO DI ROMA, lì/...../201.....

IL/LA RICHIEDENTE
.....

E, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

DICHIARA

Che quanto attestato dalla documentazione presentata non è stato revocato, sospeso o modificato;

CAMPAGNANO DI ROMA, lì/...../201.....

IL/LA RICHIEDENTE
.....

Allegati:

1. certificazione comprovante lo stato di non vedente la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, rilasciata dalla Commissione Medica Integrata unitamente alla lettera a firma del Direttore della struttura INPS competente che confermi la conclusione dell'iter sanitario o dall'ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale(1);
2. copia documento di riconoscimento;
3. n. 2 foto formato tessera;
4. n. 2 marche da bollo di cui una apposta sul presente modulo – solo per le richieste di contrassegni per persone invalide la cui invalidità comporta ridotte o impedito capacità motorie non permanenti (Art. 33 L.388/2000);

I N F O R M A T I V A

(art. 13, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dal regolamento. La comunicazione e la diffusione ad enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati o enti pubblici economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'amministrazione presso la quale tali dati possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dar caso all'istanza da Lei avanzata.

Il titolare del trattamento dei dati da Lei sopra riportati è il Sindaco di questo Comune. Le rammento, infine, che lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.