

**DOMANDA PER IL RILASCIO/ RINNOVO/ DUPLICATO PER SMARRIMENTO/ FURTO
DEL CONTRASSEGNO INVALIDI**

(dichiarazione sostitutiva atto di notorietà art. 47 D. P. R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a

Nato a il

residente a Sannicola in via/piazza tel.

In qualità di intestatario curatore/ tutore (Art. 5 D. P. R. 445 del 28/12/2000)

nato a il

residente a in via/piazza tel.....

DICHIARA

Di essere a conoscenza:

- Che l'uso dell'autorizzazione è personale ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario, ai sensi dell'art. 188 C. d. S.;
- Che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altro Comune;
- Che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.);
- 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 (**FALSITA' MATERIALE E/O IDEOLOGICA COMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO – ART. 482 E 483 CODICE PENALE – SALVO CHE IL FATTO NON COSTITUISCA PIU' GRAVE REATO**);
- Che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto all'art. 75 D. P. R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione C. d. S., D. P. R. n. 495 del 16/12/92, rilascio dell'autorizzazione in deroga prevista riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio di invalidi,

IL RILASCIO del contrassegno invalidi permanente/temporaneo

allega: certificazione medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza relativo all'accertamento

IL RINNOVO del contrassegno invalidi PERMANENTE (validità 5 anni) n.

allega: certificazione del medico curante che attesti il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio

IL DUPLICATO del contrassegno invalidi n. per smarrimento per furto (allegare denuncia A. G.)

Sannicola li _____

FIRMA _____

Allega fotocopia documento del dichiarante e dell'eventuale delegato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto ai sensi dell'art.13 del D.L. 196/2003 e successive modifiche, dichiara di essere a conoscenza dei propri diritti ed esprime il consenso per il trattamento dei dati personali al fine di consentire da parte del Comune di Sannicola l'espletamento di funzioni istituzionali attribuite da leggi e regolamenti e necessarie alla realizzazione di quanto richiesto.

FIRMA _____