



Città di Mesagne

UFFICIO POLITICHE E SOLIDARIETA' SOCIALI

**Al Sig. SINDACO
Ufficio Servizi Sociali
Comune di**

72023 MESAGNE

OGGETTO: Art. 381 D.P.R. n°495/1992: richiesta rilascio “Contrassegno di parcheggio per disabili”.

Il/La sottoscritto/a _____

prendendo atto che:

- 1. i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. n°495/1992., ai sensi del Dlgs. n°196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;*
- 2. il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso,*
- 3. tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;*
- 4. l'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7, 8, 9, 10 del Dlgs. n°196/2003 e successive modifiche ed integrazioni,*
- 5. il titolare del trattamento è il Comune di Mesagne (BR) nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio;*

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n°445/2000

DICHIARA

di essere nato/a _____ il _____

e di essere residente a Mesagne in Via/Piazza _____ n. _____

domiciliato/a presso _____ Via _____ n. _____
Cognome Nome

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. N°495/1992 con contestuale rilascio del “**contrassegno di parcheggio per disabili**” art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012. A tale scopo *allega:*

certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale

attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

(*) il **rinnovo** dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. N°495/1992 con contestuale rilascio del “**contrassegno di parcheggio per disabili**” art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012. A tale scopo *allega*:

certificato medico rilasciato dal Medico curante

dalla quale risulta che la situazione del richiedente è invariata rispetto al periodo precedente.

il **rilascio del duplicato** dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. n°495/1992 con contestuale rilascio del “**contrassegno di parcheggio per disabili**” art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012, per i seguenti motivi (barrare la casella che interessa):

smarrimento (allegare copia denuncia di smarrimento)

deterioramento (allegare il contrassegno di cui si chiede il duplicato)

furto (allegare copia denuncia di furto)

Recapito telefonico per qualsiasi comunicazione _____

Allo scopo si allega altresì:

- copia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- n°1 fototessera;
- n°1 marca da bollo da € 16,00 (solo in caso di richiesta autorizzazione di validità inferiore a 5 anni) da applicare sul contrassegno.

Mesagne, li _____

Firma

(*)

P.S. In caso di domanda di rinnovo, il medico curante deve rilasciare il certificato medico con la seguente dicitura obbligatoria: **- la situazione del richiedente è invariata rispetto al periodo precedente.**

Parte da compilare solo se la richiesta è sottoscritta dal curatore/tutore

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, residente a _____

in Via/Piazza _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n°445/2000

DICHIARA

di essere curatore/tutore di _____ richiedente l'autorizzazione di cui sopra.

Mesagne, li _____

firma

Parte da compilare solo in caso di delega al ritiro del contrassegno

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____, residente a _____

in Via/Piazza _____ n° _____

domiciliato/a presso _____ Via _____ n. _____
Cognome Nome

DELEGA

Il/La Sig./ra _____ nato/a il _____

a _____, residente a _____

in Via/Piazza _____ n° _____

a ritirare il "contrassegno di parcheggio per disabili" richiesto dal sottoscritto.

Mesagne, li _____

firma

N.B.: Il delegato o il tutore/curatore, al momento del ritiro del contrassegno, dovranno esibire idoneo documento di identità in corso di validità