

Marca da bollo
€ 14,62
(solo aut.ni
temporanee inferiori
a 5 anni

Spazio per la
fototessera

Al Comando Polizia Locale di BUTI

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 D.Lgs 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 essere comunque comunicati agli organi istituzionali di controllo;*
4. *L'interessato gode dei diritti conferitogli dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;*
5. *Il titolare del trattamento è il Comune di Buti nella persona del suo legale rappresentante, individuato nel Responsabile del Servizio di Polizia Municipale,*

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 a _____ il _____ e di essere residente

a _____ in via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. n. 495/1992 ed il contestuale rilascio del “Contrassegno di parcheggio per disabili” di cui alla figura 4 art. 381 D.P.R. 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 di Pontedera** attestante la sussistenza di una situazione di diversa abilità nel caso di **primo rilascio** o rilascio/ rinnovo di contrassegno **a tempo determinato**
- certificazione del **medico curante** attestante la sussistenza di una situazione di diversa abilità nel caso di **rinnovo di contrassegno a tempo indeterminato**.

Allo scopo allega copia del proprio **documento di riconoscimento** e numero **2 fototessere**.

Buti, lì _____

Firma
