

Al Sig. Sindaco del Comune di Sagliano Micca
e p.c. al Comando Polizia Locale

Bollo da € 16.00 solo per i
contrassegni temporanei

In carta libera per i
quinquennali

Oggetto: Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano persone invalide.

I S T A N Z A

Consapevole delle **responsabilità penali** in caso di false dichiarazioni, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n.° 445 e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, l'art. 75 della medesima legge prevede la **decadenza dai benefici** conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ residente in
_____ via _____ n _____ tel. _____

☐ essendo persona con ridotte capacità di deambulazione (come da certificato sanitario allegato);

☐ in qualità di tutore del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente in
_____ via _____ n _____;

C H I E D E

che gli venga rilasciato lo speciale contrassegno di circolazione e sosta previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Codice della Strada) così come modificati dal D.P.R. del 30 luglio 2012 n. 151.

O V V E R O

essendo già titolare del contrassegno n. _____ rilasciato dal Comune di
_____ in data _____ e avente scadenza il _____

C H I E D E

il rilascio di un duplicato per:

☐ DETERIORAMENTO ☐ SMARRIMENTO ☐ FURTO

il rilascio di un nuovo contrassegno per: ☐ SCADUTA VALIDITA' ☐

DELEGA

per il ritiro del contrassegno il/la Sig. _____
nato/a a nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n _____

Allegati:

- ☐ certificazione medico-legale in originale;
- ☐ certificato in originale del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al primo rilascio (per il rinnovo dei certificati quinquennali);
- ☐ fotocopia di un documento di riconoscimento (in caso di delega);
- ☐ denuncia di smarrimento o di furto o contrassegno deteriorato (a seconda della casistica);
- ☐ n. 2 fotografie formato tessera;
- ☐ n. 1 bollo da € 16.00 da apporre sull'autorizzazione all'esposizione del contrassegno disabili (solo per i contrassegni temporanei ossia di durata inferiore a 5 anni).

Il sottoscritto **dichiara** di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati sopra riportati e contenuti nelle certificazioni allegate sono necessari ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

_____, *li* _____

Il/La Richiedente

RISERVATO ALL'UFFICIO

Data ritiro contrassegno _____

Firma di chi ritira _____

L'addetto _____