

AL SERVIZIO DI POLIZIA LOCALE
DEL COMUNE DI CASTEL GIORGIO

OGGETTO: richiesta contrassegno invalidi **«contrassegno di parcheggio per disabili»** conforme al modello previsto dalla *raccomandazione n. 98/376/CE* del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998.

Il/La sottoscritto/a
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 8.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di essere nato/a il e residente a

In via

che il proprio codice fiscale è

che qualsiasi comunicazione al riguardo può essere inoltrata alla seguente mail:
_____ oppure alla seguente PEC:
_____ @ _____ telefono: _____
cellulare _____;

(barrare la casella interessata)

di essere affetto/a da invalidità con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;

di essere stato dichiarato *(barrare la voce interessata)* NON rivedibile rivedibile entro il _____ dalla commissione medica per l'accertamento dell'Handicap di cui alla L. 05/02/1992 n° 104 e L. 03/08/2009, n° 102, art. 20;

di intervenire, in qualità di _____ *(indicare grado di parentela ecc.)* per conto del/la sig./sig.ra _____ nato/a _____
_____ il _____ e residente in _____ via _____ n. _____, affetto/a da invalidità con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta,

- che il/la sig./sig.ra _____, meglio identificato/a al punto precedente, è stato/a dichiarato/a (barrare la voce interessata)
- NON rivedibile
- rivedibile entro il _____ dalla commissione medica per l'accertamento dell'Handicap di cui alla L. 05/02/1992 n° 104 e L. 03/08/2009, n° 102, art. 20;

CHIEDE

- a nome proprio
- per conto del/la sig./sig.ra _____, il rilascio dell'autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, da rendere nota mediante il contrassegno indicato in oggetto, ai sensi dell'articolo 188 del Decreto Legislativo 30-04-1992 n 285 Nuovo Codice della Strada, e dell'art 381 del regolamento di esecuzione come modificato dal D.P.R. 30 luglio 2012 n° 151.

A tal proposito allega: (barrare la casella con il tipo di certificato posseduto)

FOTO FORMATO TESSERA

Verbale Commissione ASL Umbria

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, come da modello allegato "A", resa dall'istante ai sensi dell'articolo 19 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, che quanto attestato nel verbale della commissione medica integrata non è stato revocato, sospeso o modificato.

Confidando in una risposta affermativa invia distinti saluti.

Castel Giorgio ____ / _____ / _____

IL/LA RICHIEDENTE

Allegato "A"

da compilare a cura del richiedente solamente in caso di presentazione del verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____ il _____ e residente in _____ via _____, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 8.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che quanto attestato, in relazione al/la sig./sig.ra _____, nel verbale della commissione medica per l'accertamento dell'Handicap di cui alla L. 104/92 e L. 102/2009, art. 20, riunitesi in data 04/05/2017, non è stato revocato ne sospeso ne modificato.

li ___ / ___ / _____

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.