

Protocollo

Marca da bollo *

*solo per autorizzazioni
temporanee (cioè meno di
cinque anni)

**Alla Città di Castelfranco Veneto
Corpo di Polizia Locale
Via Avenale, 11
31033 Castelfranco Veneto (TV)**

Tel. 0423 735536 fax 0423 722348
e-mail: poliziamunicipale@comune.castelfranco-veneto.tv.it

Richiesta contrassegno per circolazione e sosta per disabili "DPR 495/92 e smi."

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____
residente a _____ in via _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ E-mail _____
(l'e-mail potrà essere utilizzata per comunicazioni relative al procedimento)

CHIEDE

NOTA : *barrare con una crocetta la voce che interessa*

- il rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei disabili
- il rinnovo** del contrassegno nr. _____ con scadenza ____/____/____ per la circolazione e la sosta dei disabili
(il vecchio contrassegno dovrà essere riconsegnato al Corpo di Polizia Municipale al momento del ritiro del nuovo)
- il rilascio di nuovo** contrassegno per smarrimento dell'originale (*)
- il rilascio di nuovo** contrassegno per furto dell'originale (*)
- il duplicato** del contrassegno per deterioramento dell'originale

Nel caso l'istanza venga presentata dall'amministratore di sostegno/tutore/esercente potestà dell'interessato, indicare di seguito le generalità e allegare copia dell'atto di nomina:

(cognome e nome) _____ nato/a il ____/____/____
a _____ Prov. _____ residente a _____
in via _____ n. _____ Tel. _____
cell. _____ e-mail _____

Si allegano :

- DUE foto del titolare del contrassegno recenti (massimo sei mesi), stampate su carta fotografica e dimensioni formato tessera (larghezza mm.35 e altezza mm.40);
- DUE marche da bollo da €16,00 (solo per rilascio di contrassegno a validità temporanea cioè inferiore a 5 anni)
- fotocopia del documento di identità in corso di validità
- contrassegno di circolazione scaduto
- certificazione medica come di seguito indicata:

- **Per il primo rilascio** del contrassegno permanente (durata massima 5 anni) e temporaneo (inferiore a 5 anni):
 - certificato sanitario rilasciato dall'Azienda ULSS 8 Servizio Igiene Pubblica, attestante la riduzione della capacità di deambulazione, **
- **Per il rinnovo** del contrassegno:
 - per rinnovo delle autorizzazioni il cui primo certificato era a tempo indeterminato cioè pari a cinque anni - **certificato del medico curante** attestante il permanere dell'invalidità,
 - per rinnovo delle autorizzazioni a tempo determinato, cioè inferiori a 5 anni - certificato dell'Azienda ULSS N.8 Dipartimento di Prevenzione. **

** Per il certificato rilasciato dall'ULSS 8 Veneto, la sede a cui rivolgersi per questo Comune è in Castelfranco Veneto, presso: Ospedale San Giacomo Apostolo Via dei Carpani 16/Z tel. 0423/732750

segue retro

DICHIARA

1) (°) - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - ai sensi dell'art 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000 -

[___] di aver **smarrito** l'originale del contrassegno di parcheggio per invalidi ;

[___] di aver subito il **furto** del contrassegno di parcheggio per invalidi ;

2) di essere consapevole 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;

3) di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art 75 D.P.R. del 28/12/2000;

4) di essere informato che, se il contrassegno per la circolazione e la sosta dichiarato smarrito o sottratto dovesse essere rinvenuto o restituito, e fatto obbligo al titolare di distruggerlo;

5) di essere informato, che i propri dati personali verranno trattati ai del D.Lgs. n. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Castelfranco Veneto (TV) nella persona del Legale Rappresentante e il responsabile del trattamento è il Segretario Generale del Comune di Castelfranco Veneto.

Il richiedente (firma leggibile)

Castelfranco Veneto, _____

Delega al ritiro del contrassegno

Il/la sottoscritto/a _____ (generalità suindicate) delego al ritiro del contrassegno per la circolazione e la sosta disabili

il/la signor/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ (_____) in via _____

_____ n. _____ documento di identità _____

Data _____

firma _____