

**Domanda di assegnazione di area di sosta per disabili***Ai sensi dell'articolo 381, comma 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495*

Il sottoscritto													
Cognome			Nome				Codice Fiscale						
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza						
Residenza		Provincia		Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata					

titolare del contrassegno per disabili				
Numero	Data di rilascio		Data di scadenza	Ente di riferimento

CHIEDE

l'assegnazione di un'area di sosta per disabili, da realizzare nei pressi

<input type="radio"/>	della propria residenza						
<input type="radio"/>	del proprio luogo di lavoro, collocato in						
	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
<input type="radio"/>	nell'abitazione collocata in						
	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
	eletta a proprio domicilio per il seguente motivo (specificare)						

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver diritto all'assegnazione dello spazio parcheggio personalizzato come da certificato rilasciato dall'autorità sanitaria competente
- di disporre del seguente veicolo proprio oppure messo a disposizione da un componente del nucleo familiare

Tipo	Modello	Targa

DICHIARA INOLTRE

- di non disporre di un garage o posto auto privati nei pressi del luogo dove viene richiesta l'area di sosta, oppure di non poter utilizzare il garage o il posto auto privato in quanto non raggiungibile con gli strumenti atti alla deambulazione

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | di essere in grado di guidare il veicolo
pertanto allega copia della carta di circolazione del veicolo |
| <input type="radio"/> | di non essere in grado di guidare il veicolo
pertanto allega il certificato di invalidità totale |

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | certificato di invalidità totale |
| <input type="checkbox"/> | copia della carta di circolazione del veicolo |
| <input type="checkbox"/> | Copia fronte e retro del contrassegno disabili in possesso alla data di presentazione della domanda |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Burgos

Luogo

Data

Il dichiarante