**Al Sig. Sindaco**

 **del Comune di Capaci**

**-Ufficio Polizia Amministrativa-**

 **Richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili.**

Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in Capaci in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ ,

recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Ai sensi dell’art. 188 comma 2, del D.Lgs 30.04.92 n° 285 e dell’art. 381, comma 2, del D.P.R. 16.12.92 n° 495, il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili.

**Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28-12-2000, e che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato, sulla base della presente domanda, come previsto dall’art. 75 del suddetto decreto, a tal fine,**

**D I C H I A R A**

Che il contrassegno sarà ad esclusivo uso personale;

Di non essere in possesso di altro contrassegno rilasciato da altro Comune;

**S I O B B L I G A**

A restituire il contrassegno in caso di decadenza dei diritti che ne hanno consentito il rilascio;

A comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta;

**A L L E G A**

Certificazione rilasciata dall’ Ufficio medico legale dell’A.S.L. di appartenenza dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l’autorizzazione ha **effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta** ;

N. 2 fotografie formato tessera;

 **IL/LA RICHIEDENTE**

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **Firma da apporre per esteso e leggibile ed allegare fotocopia**

 **del documento di riconoscimento in corso di validità)**

**====================================================================================**

(2) Il/la sottoscritt \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nat \_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

di essere curatore/tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedente il contrassegno di cui sopra.

**IL CURATORE / TUTORE**

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma da apporre per esteso e leggibile ed allegare fotocopia**

 **del documento di riconoscimento in corso di validità**

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati relativi al presente procedimento amministrativo sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza contenute nel D. Lgs.

196/2003 e successive modifiche e integrazioni. I dati sono archiviati e trattati sia in formato cartaceo che in supporto informatico nel rispetto

delle misure minime di sicurezza di cui al D.P.R. 318/1999 e successive modifiche e integrazioni. L’interessato può esercitare i diritti di cui

all’art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presentando idonea richiesta al Servizio Mobilità e Traffico Comunale.

**(1)** applicare al modello di domanda la marca da bollo solamente se il richiedente possiede disabilità temporanea

**(2)** parte da compilare in caso di inabilità per la quale è stato nominato un curatore o tutore