



COMUNE DI CASTIGLIONE DELLA PESCAIA
Provincia di Grosseto

UFFICIO PERMESSI



Al Sig. Sindaco del
Comune di Castiglione della Pescaia

MARCA DA BOLLO DA EURO
16,00
(NON DOVUTA IN CASO DI
INVALIDITÀ CHE COMPORTA
RIDOTTE O IMPEDITE
CAPACITÀ MOTORIE
PERMANENTI)

OGGETTO: Art. 381 D.P.R. N°495/1992: richiesta rilascio di Contrassegno di parcheggio per disabili

Il/La sottoscritto/a _____
prendendo atto che:

1. i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. n. 495/1992., ai sensi del Dlgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
2. il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso, tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
3. l'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7, 8, 9, 10 del Dlgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il titolare del trattamento è il Comune di Castiglione della Pescaia nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è lo struttore di Vigilanza Andrea Mei.

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere nato/a il _____ a _____ e di

essere residente a _____ in Via/Piazza _____
telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. N° 495/1992 ed il contestuale rilascio del **Contrassegno di parcheggio per disabili** di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. N° 495/1992, così come modificato dal D.P.R. n° 151 del 30/07/2012.

A tale scopo allega:

- **Nel caso di primo rilascio o rinnovo del Contrassegno con validità inferiore ai 5 anni:** Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda U.S.L. Toscana Sud Est attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta
- **Nel caso di rinnovo del Contrassegno con validità di 5 anni:** Certificazione rilasciata dal Medico Curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al primo rilascio, facendo riferimento per quanto concerne la scadenza al certificato Medico Legale già in possesso di Questo Ufficio
- Copia di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità
- N. 2 foto-tessere.

Si precisa inoltre che se nella Certificazione Medica viene dichiarata un'invalidità che comporta **ridotte o impedito capacità motorie permanenti**, la presente richiesta è esente dall'imposta di bollo (Euro 16,00), mentre se l'invalidità comporta **ridotte capacità motorie per un tempo definito**, la presente richiesta è soggetta all'imposta di bollo (n. 1 marca da bollo da Euro 16,00 per la richiesta e n. 1 marca da bollo da Euro 16,00 per l'Autorizzazione).

TARGHE DEI VEICOLI UTILIZZATI PER L'INSERIMENTO NELLA WHITE LIST DEI VARCHI ELETTRONICI (MASSIMO 2 TARGHE) _____

Castiglione della Pescaia _____

Firma _____

DATA RICEZIONE PRATICA _____

Castiglione della Pescaia _____

IL DIPENDENTE ADDETTO _____