

OGGETTO: Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi. Permanente (5 anni) Temporanea Rinnovo Duplicato Smarrimento Furto Deterioramento (Art. 381 del Regol. Esec. del C.d.S. e succ. mod. ed integraz.)

II/La sottoscritto/a nato a il residente in questo Comune, via n. Tel. C.F. C.I. minorato/a fisico/a con deambulazione ridotta per

come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e s. m. i.
- dell'art. 381 del «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 16 settembre 1996, n. 610 e al D.P.R. n.151/2012 e s.m.i.;

CHIEDE

il rilascio dello speciale contrassegno invalidi previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, e dal D.P.R. N.151/2012.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 610/1996, e dal D.P.R. n.151/2012 - sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di acconsentire al trattamento dei dati personali per la fruizione dell'autorizzazione, ai sensi dell'art.13 - D.lgs. n°196/2003 ;
- 2) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 3) di essere residente nel Comune di Leni (ME);
- 4) che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi: _____

ALLEGA:

- n.2 Marche da bollo per la temporanea - 1 sull'istanza 1 per il rilascio;
- M. bollo - esente D.P.R. 26/10/72 N.642 e L. 23/12/2000 N.388 e s.m.i. (esenzione imposta di bollo persone con difficoltà di deambulazione) ;
- copia versamento di euro 5,00 (Cinque/00) – tramite Pagopa sul sito del comune di Leni o tramite IBAN: IT 82 U 02008 26001 000105499122 - Unicredit filiale di Lipari Castelfidardo - intestato alla "Tesoreria Comunale" – causale "diritti per il rilascio contrassegno per parcheggio disabili";
- Certificazione del medico curante che attesta la persistenza della patologia (per rinnovo quinquennale);
- Autorizzazione n. _____ del _____;
- Contrassegno deteriorato n. _____ del _____;
- Contrassegno scaduto n. _____ del _____;
- Regolare denuncia Smarrimento Furto;
- Documento d'identità ; codice Fiscale;
- n. 2 foto formato tessera ;
- Certificazione medica rilasciata in data dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale _____ competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha «la effettiva capacità di deambulazione ridotta», per _____

Delega per il ritiro della richiesta avanzata.

Leni ,li _____

IL/LA RICHIEDENTE