

Spazio Protocollo

**Al Comune di Cecina
Unità Operativa Autonoma Polizia Municipale**

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
____/____/____ residente a _____ in Via/Piazza _____ n° ____ tel.
_____, e-mail _____

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

- che l'uso dell'autorizzazione è personale, ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario, ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)
- delle sanzioni penali possibili in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (FALSITA MATERIALE E/O IDEOLOGICA COMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO - ART. 482 E 483 CODICE PENALE - SALVO CHE IL FATTO NON COSTITUISCA PIÙ GRAVE REATO);
- 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. 445 del 28/12/2000;
- di essere a conoscenza che sul contrassegno invalidi deve essere riportata la firma olografa del titolare nello spazio apposito

CHIEDE

a favore di:

- sé medesimo
- In qualità di: Esercente la potestà genitoriale del minore Tutore Altro _____

per nome e per conto di _____ nato/a il _____
a _____ residente a CECINA in Via/Piazza _____ n. ____
Tel. _____ e-mail _____ C.F. _____

- Il rilascio dell'Autorizzazione e dello speciale contrassegno in relazione all'invalidità prevista dall'articolo 381 del regolamento di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495,
- permanente temporaneo
- Il rinnovo del contrassegno n. _____ di cui è titolare, rilasciato il _____ dal comune di _____ valido fino al _____.
- Il duplicato del contrassegno n. _____ di cui è titolare, rilasciato il _____ dal comune di Cecina e valido fino al _____, smarrito in data e luogo come da allegata denuncia.

Richiedo altresì, che i sottoelencati veicoli normalmente utilizzati per i propri spostamenti, vengano inseriti nella "lista bianca" del sistema gestionale della Zona a Traffico Limitato della città Cecina, così come stabilito dalle disposizioni per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio di persone disabili di cui agli artt. 188 del C.d.S. e 381 del relativo Regolamento d'attuazione.

Nr.	Tipo veicolo	Marca/Modello	Targa
1			
2			

Allega:

n. 2 foto del richiedente (TUTTI I CASI)

- copia del documento d'identità del richiedente (NUOVO RILASCIO) - art. 38/3° DPR 445/2000.
- certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL di appartenenza dalla quale risulti accertato che la persona interessata "ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ovvero non è vedente". (NUOVO RILASCIO)
- dichiara** (ai sensi dell'art. 6, comma 3, della legge n. 80 del 9 Marzo 2006) di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap in quanto affetto da patologia invalidante elencata nell'allegato del decreto ministeriale 225 del 02.08.2007. (RINNOVO)
- N. 2 marche da bollo da € 16,00 (SOLO PER AUTORIZZAZIONI TEMPORANEE)
- denuncia di smarrimento contrassegno da rilasciare da parte di un Comando di Polizia (SOLO PER DUPLICATO)

Cecina, li _____

Firma _____