Al COMUNE DI SAVIGNONE
Servizio di Polizia Locale
16010 SAVIGNONE GE

Marca da bollo

Oggetto: Richiesta contrassegno auto temporaneo per persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

___ sottoscritt__ _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 a conoscenza che l'art. 76 della medesima legge prevede sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace

dichiara di essere:

nat__ a _____ il____/____/_____

Residente a _____

Via/piazza/Loc _____

C.F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

telefono _____ email _____

targa attiva * _____

targa alternativa* _____ (facoltativo)

*l'inserimento della targa è finalizzato all'alimentazione della "Piattaforma CUDE "del Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili Dipartimento Mobilità Sostenibile, accessibile inserendo nel browser il seguente indirizzo: https://www.ilportaledellautomobilista.it
All'interno della Homepage l'utente dovrà effettuare il login utilizzando le proprie credenziali (userID e password) per l'accesso ai sistemi della Motorizzazione

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno con validità temporanea per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

☐ Per sé stesso *(maggiore di 12 anni – Circ. Dip.to Affari Interni e Territoriali del Min. Interno – n. 7677/2011)*

☐ *(oppure)* In qualità di:
- esercente la patria potestà del minore
- Tutore *(indicare gli estremi della sentenza di curatela)* _____
- Altro _____

Per nome e per conto di _____

Nat__ a _____ il _____

C.F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

residente a SAVIGNONE (GE) - Via _____

Recapito _____

dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data odierna:

A tale scopo allega:

- ☐ Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale 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 a causa di una situazione temporanea con revisione:

  MESE _____ ANNO _____

- N. 2 fotografie recenti (max 6 mesi) a colori formato tessera
- N. 2 marche da bollo da € 16,00
- Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 del D.Lgs 196/03 e s.m. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Savignone,……. *FIRMA richiedente*

……