

COMANDO DI POLIZIA LOCALE

L.go San Francesco – 70010 Capurso • Telefono 080-4551014 •
Pec: polizialocale.capurso@pec.it • E-mail: comandante.pm@comune.capurso.bari.it

RISERVATO ALL' UFFICIO

CONTRASSEGNO N. _____ DEL __/__/_____

Al Comando di Polizia Locale

DOMANDA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL “CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI”

(art. 188 D.L.g.s. n. 285/92, art. 381 D.P.R. n.384/1978 modificato dal D.P.R. N. 151/2012)

RICHIESTA DA PARTE DELL'INTERESSATO

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 455/2000 in caso di false dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 455/2000, io sottoscritto

DICHIARO

Codice Fiscale _____

Cognome e nome _____

data di nascita: _____ cittadinanza _____

Luogo di nascita: Comune _____ Provincia _____ Stato _____

Residenza: CAP: _____ Via/Piazza _____ n. _____

recapito telefonico* _____ fax* _____

e-mail _____ (*sono dati facoltativi, si invita ad indicarne

almeno uno per eventuali comunicazioni), essendo affetto da patologie che comportano una capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, consapevole che:

- l'uso del contrassegno è strettamente personale
- non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altri Comuni;
- il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del titolare;
- per la consegna del permesso richiesto a termini di legge l'ufficio ha 30 giorni di tempo per emettere quanto richiesto, ove consentito; il contrassegno potrà essere ritirato presso il Comando di Polizia Locale, previ accordi telefonici allo 080/4551014 con il Vice Sovr. Piemonte Marianna;

CHIEDE

(barrare e completare il riquadro che interessa)

PRIMO RILASCIO

(Allegare Originale o Copia Conforme dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della ASL per l'Accertamento dello stato di Invalidità Civile oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti, ai sensi dell'art.12 c.3 del D.P.R. n.503/96.)

RINNOVO DEL PASS N. _____ DEL _____

(Allegare certificato del medico curante che "confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno con scadenza", fotocopia del PASS scaduto, da restituire al ritiro del PASS rinnovato.)

CONTRASSEGNO TEMPORANEO (di durata inferiore a 5 anni)

(Allegare Originale o Copia Conforme dell'attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza della ASL per l'Accertamento dello stato di Invalidità Civile.

N.B. Alla scadenza di un contrassegno temporaneo, l'eventuale rinnovo dovrà essere richiesto presentando nuova documentazione medica rilasciata dalla Commissione Medica sopra indicata)

DUPLICATO DEL PASS N. _____ con scadenza il _____

(Allegare fotocopia del PASS deteriorato o illeggibile da restituire al ritiro del duplicato)

DUPLICATO DEL PASS N. _____ causa SMARRIMENTO O FURTO

(Allegare denuncia delle forze di Polizia)

E DELEGA

Il sig./sig.ra _____ nato il _____

a _____ Prov.(_____)

residente in Via _____ Tel _____

a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte dell'Ufficio, nei limiti e con le modalità stabilite dall'art.13 del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003

SI **NO**

Il Sottoscritto

(firma per esteso e leggibile)

Oltre alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:

- n.2 (due) fototessera (dimensioni LxH 3,5x4 cm) recenti e uguali del richiedente;
- copia di un documento di identità valido del richiedente e dell'eventuale delegato.