

AL SINDACO DI ZIBIDO SAN GIACOMO (MI)

OGGETTO: richiesta rilascio autorizzazione e contrassegno invalidi DPR 495/92 e successive modificazioni

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Zibido San

Giacomo in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**IN NOME E PER CONTO DI** \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Zibido San Giacomo in via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e **DICHIARANDO** a tal fine, valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità **di AGIRE IN QUALITA' di :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE CONVIVENTE</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE NON CONVIVENTE</b>                | <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> (allegare delega scritta) |
| <input type="checkbox"/> <b>TUTORE</b> (indicare gli estremi dell'atto) |   |

**CHIEDE**

- il rilascio dell'autorizzazione (e relativo contrassegno) invalidi** di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e successive modificazioni, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato, rilasciato dall'ATS competente, attestante una effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta così come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D. Lgs. n. 196/2003.

Zibido San Giacomo, li \_\_\_\_\_

Il/la richiedente (1)

- 1) se il richiedente non firma, la presente domanda deve essere sottoscritta da parente o tutore che dichiara che "firma in qualità di (grado di parentela o la qualifica) in quanto impossibilitato a firmare".

**Allega: Copia certificato della commissione invalidi .**

**Oppure copia certificato medico rilasciato dall'uff. medico legale della ATS di competenza.**

**N. 2 fototessera**