

**Amministrazione destinataria**

Comune di Calcinato

Ufficio destinatario

Ufficio Ecologia e Ambiente

Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la sosta negli spazi riservati ai disabili

Ai sensi dell'articolo 381 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC
				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
					CAP
					<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- il rilascio del contrassegno per veicoli a servizio dei disabili
pertanto allega il verbale della commissione medica
- il rilascio del contrassegno per veicoli a servizio dei disabili a seguito di furto/smarrimento
pertanto allega la copia della denuncia
- il rilascio del contrassegno per veicoli a servizio dei disabili a causa di deterioramento
pertanto consegna il contrassegno originale alla polizia locale al momento del ritiro del tesserino nuovo
- il rinnovo del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili
pertanto consegna il contrassegno originale alla polizia locale al momento del ritiro del tesserino nuovo
pertanto allega certificato del medico di famiglia attestante il perdurare della disabilità

Soggetto interessato

per conto della propria persona

contrassegno disabili posseduto

(da compilare in caso di rilascio del contrassegno a seguito di furto, smarrimento o deterioramento oppure in caso di domanda di rinnovo)

Numero contrassegno	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

per conto di

soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

contrassegno disabili posseduto

(da compilare in caso di rilascio del contrassegno a seguito di furto, smarrimento o deterioramento oppure in caso di domanda di rinnovo)

Numero contrassegno	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle presenti dichiarazioni

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- verbale della commissione medica che ha riconosciuto lo stato di invalidità oppure nullaosta del medico igienista ATS
(nel caso di primo rilascio del contrassegno o in caso sia stata eseguita una nuova visita di revisione alla commissione medica)
- copia del documento d'identità del soggetto interessato se diverso dal richiedente
- certificato del medico di famiglia attestante il perdurare della disabilità
(solo se il verbale della commissione medica è definitivo e si sta chiedendo il rinnovo del contrassegno)
- copia della denuncia
- una fotografia in formato tessera
(da far recapitare in Comune)
- contrassegno originale
(da far recapitare in Comune)
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Calcinato

Luogo

Data

il dichiarante