

**Al Signor SINDACO  
di San Giovanni in Marignano  
47842 SAN GIOVANNI IN MARIGNANO (RN)**

**Oggetto: Richiesta di contrassegno per il parcheggio agevolato per disabili.**  
(D.P.R. n°384/78 modificato con il D.P.R.N.151/2012)

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente in San Giovanni in M.no via \_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_, Tel. Nr.

**CHIEDE IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PER IL PARCHEGGIO AGEVOLATO PER  
DISABILI .**

primo rilascio

Presenta in allegato la certificazione medica dell'A.U.S.L. rilasciata in data \_\_\_\_\_ a  
firma del medico dott. \_\_\_\_\_ riportante parere favorevole al  
rilascio e indicazione della durata

rinnovo contrassegno n° \_\_\_\_\_ scadente il \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Presenta in allegato certificato in originale del medico di base che confermi il persistere  
delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

**DICHIARA**

di aver preso atto delle sotto indicate disposizioni:

- che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dall'art.188 C.d.S.;
- che non è in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.);
- di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dal DPR n. 151 del 30.07.3012;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decadono i benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 11, comma 3 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403.

*Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs. n°196/2003 ex art. 23, avv errà solo per fini istituzionali e nei limiti di Legge e pertanto autorizzo alla raccolta e al trattamento degli stessi.*

San Giovanni in Marignano, lí \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegati:

- Certificazione Medica.

1) **Per il primo rilascio** Certificazione originale rilasciata dall' Ufficiale Sanitario DEL Servizio Medicina Legale dell'A.U.S.L. riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata

2) **Per il rinnovo** Certificato in originale del medico di base che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio ( a condizione che il primo rilascio era per tempo illimitato)

- N°02 fototessera

### **ISTRUZIONI**

- Il presente modulo deve essere consegnato all'ufficio protocollo del comune di San Giovanni in Marignano e deve essere corredato in allegato di valida certificazione medica dell'A.S.L.
- Qualora trattasi di domanda di rinnovo oltre alla certificazione medica di cui sopra deve essere allegata fotocopia del contrassegno già posseduto.

Parte da compilare **soltanto** nel caso di modulo presentato per conto di altra persona  
**obbligatorio in questo caso allegare fotocopia documento identità del delegante e del delegato**

PER CONTO DI \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

**Valendomi delle disposizioni di cui agli 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 e mendaci, sotto la mia personale responsabilità**

#### **DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)
- **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina)

\_\_\_\_\_

- **INCARICATO**