

N° \_\_\_\_\_

AL SIGNOR SINDACO

DEL COMUNE DI

GROSSO

**OGGETTO** : richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione del codice della strada").

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a .....

in via .....tel. ....

**Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO al rilascio/rinnovo del contrassegno se il FIRMATARIO della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato stesso.**

IN NOME E PER CONTO DI .....

(Cognome Nome intestatario contrassegno)

nato a ..... il .....

residente a .....

in via .....tel. ....

*a tal fine, valendomi della disposizione 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 o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità :*

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

- FAMILIARE CONVIVENTE** (*obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell'interessato*)
- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)**
- TUTORE (citare estremi dell'atto di nomina )**  
.....
- INCARICATO** (*è obbligatorio allegare delega scritta corredata di documento di identità dell'interessato*)

## CHIEDO

○ **IL RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide** (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO**

1. Parere favorevole **(in originale)** rilasciato dal Settore Medico Legale dell' ASL TO4

2. **Una foto formato tessera dell'interessato.**

○ **IL RINNOVO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide** (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO**

1. Certificato **(in originale)** del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio

2. **Una foto formato tessera dell'interessato.**

3. Contrassegno scaduto

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il richiedente dichiara di aver ricevuto informazioni sul trattamento dei dati contenuti nel presente modello e che gli stessi saranno utilizzati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza quali è tenuta la Pubblica Amministrazione.*

*Copia della presente viene rilasciata al richiedente in segno di ricevuta da considerarsi inoltre come comunicazione di avvio del procedimento ai sensi art. 7 legge 241/90. A tale fine si comunica:*

a) l'amministrazione competente: Comune di Grosso (TO)

b) l'oggetto del procedimento promosso: Richiesta rilascio contrassegno Invalidi

c) l'ufficio e la persona responsabile del procedimento: Ufficio Polizia Municipale, Sig.ra COSTA MEDIC Luciana

d) l'ufficio in cui si può prendere visione degli atti.: Ufficio polizia Municipale Comune di Grosso (TO)

In fede

Grosso, Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_