

Marca da bollo  
**€ 16.00**  
(solo per  
autorizzazioni  
temporanee,  
ovvero sotto i 5  
anni)

Al Signor Sindaco del Comune di

- Piazzola Sul Brenta
- Campo San Martino
- Campodoro

**OGGETTO: Art. 381 D.P.R. n° 495/1992: richiesta rilascio/rinnovo "Contrassegno di parcheggio per disabili"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ prendendo atto che:

a) I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art.381 c. II° del D.P.R. 495/1992, ai sensi del Dlgs. N° 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;

b) Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso;

c) Tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;

d) L'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7,8,9,10 del Dlgs. N° 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;

e) Il titolare del trattamento è il Comune di \_\_\_\_\_ nella persona del suo legale rappresentante;

f) Il responsabile del trattamento è \_\_\_\_\_;

**e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000**

#### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_ in via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. II° del D.P.R. n° 495/1992 ed il contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. n° 495/1992, così come modificato dal D.P.R. n° 151 del 30/07/2012.

**A tale scopo allega certificazione medica rilasciata da:**

Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_  
(Necessario esclusivamente per il primo rilascio e per il rinnovo dell'autorizzazione temporanea)

Medico curante Dott. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(Necessario esclusivamente per il rinnovo di autorizzazioni permanenti della durata di 5 anni)

attestante la sussistenza/persistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

**Si allega inoltre copia di un proprio documento di riconoscimento e n° 2 fototessere.**

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma