

*Al Responsabile del Servizio del Comune di Cremosano*

**RICHIESTA RILASCIO AUTORIZZAZIONE IN DEROGA PER MOBILITA' PERSONE INVALIDE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**C H I E D O**

**Il RILASCIO** -  **Il RINNOVO** -  **Il DUPLICATO** -  **La SOSTITUZIONE** dell'aut. N. \_\_\_\_\_

dell'autorizzazione in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalidi, ai sensi dell'art. 188 del D. L.vo 30.04.92 n. 285 (nuovo C.d.S.) e D.P.R. 16.12.92 n. 495 (regolamento d'attuazione), e successive integrazioni e modifiche.

**Il contrassegno deve essere intestato a:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_  
Cremosano in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Lo stesso, avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza ecc.).

**DICHIARO**

- \* di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000;
- \* di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiero il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 DEL 28.12.2000;
- \* di essere a conoscenza della data di validità dell'autorizzazione sindacale richiesta che potrà essere rinnovata mediante presentazione di certificazione del medico curante che confermi le immutate condizioni fisiche che hanno dato luogo al rilascio.
- \* di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allo scopo allego la seguente documentazione:**

- N.1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA
- COPIA DEL VERBALE DELLA COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE  
*PER IL RILASCIO O RINNOVO da parte di invalidi civili con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;*
- COPIA DEL VERBALE DELLA COMMISSIONE PER L'ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA'  
*PER IL RILASCIO O RINNOVO da parte di non vedenti ;*
- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'ASL  
*PER IL RILASCIO a seguito di riduzione permanente della capacità di deambulazione;*
- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
*PER IL RINNOVO DOPO 5 ANNI;*
- COPIA DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'ASL  
*PER IL RILASCIO/RINNOVO PER PERMESSO TEMPORANEO a seguito di riduzione temporanea della capacità di deambulazione;*
- Copia della denuncia di furto o dichiarazione sostitutiva di notorietà in caso di smarrimento, recante il numero del contrassegno e la scadenza ( solo in caso di SOSTITUZIONE );
- Originale deteriorato in caso di DUPLICATO.

Cremosano, \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

Telefono \_\_\_\_\_