



**Amministrazione destinataria**

Comune di Sestri Levante

**Ufficio destinatario**

Ufficio Polizia Locale



## Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili

*Ai sensi dell'art. 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada approvato con D.P.R. 495/1992 e s.m.i*

### Il sottoscritto

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

### 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 permanente per veicoli a servizio dei disabili
- il rinnovo del contrassegno permanente per veicoli a servizio dei disabili

### Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)

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**

- che la richiesta è motivata da elementi oggettivi accertati dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale della Regione Liguria, dalla quale venga rilasciata documentazione nella quale sia espressamente attestato che la persona per la quale viene richiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta
- di non essere titolare di patente di guida
- di essere titolare di patente di guida in corso di validità
- di avere un'invalidità di tipo permanente
- di avere un'invalidità di tipo temporaneo con scadenza

**Data**

--

- di non avere altri pass per disabili in corso di validità
- di dare comunicazione del numero di targhe dei veicoli da abbinare al permesso per la circolazione nelle zone a traffico limitato controllate dalle telecamere

**Targa**


**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)*

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia del verbale della commissione medica integrata rilasciata dall'INPS con il riconoscimento dell'art. 381 dl DPR 495/1992                   |
| <input type="checkbox"/> | certificazione del medico curante attestante "la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"     |
| <input type="checkbox"/> | certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'ASL Liguria (in originale) con il riconoscimento dell'art. 381 dl DPR 495/1992 |
| <input type="checkbox"/> | due fotografie in formato tessera   |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)  |

### 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.

Sestri Levante

Luogo

Data

il dichiarante