

All Sig. Sindaco
del Comune di Rovigo

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE PER PARCHEGGIO DISABILI resa nota mediante CONTRASSEGNO VALIDO IN TUTTA L'UNIONE EUROPEA (Rif. normativi: art. 6 del regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30.03.1971, n. 118. - Art. 188 D.L. n. 285/92 ed art. 12 D.P.R. n. 503/96 -D.P.R. 30/07/2012 n. 151 (modifiche all'art. 381 D.P.R. 495/92) – Raccomandazione Consiglio Unione Europea 04/06/98.

Il/La sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____

Nato/a a _____ il _____

N. telefono _____ e.mail _____

Residente in _____ Via _____

Oppure a nome e per conto di _____ nato/a il _____

a _____ e residente in ROVIGO, via/piazza _____

che rappresenta in qualità di _____ (genitore, tutore ecc.)

Genitore del minore (da compilare solo in caso di disabili con minore età) _____ nome)

_____ (cognome) nato/a a _____ il _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 445/2000)

**DICHIARA DI NON POSSEDERE ALTRA AUTORIZZAZIONE IN CORSO DI VALIDITA' E
C H I E D E**

- IL RILASCIO** del contrassegno (validità anni cinque)
- IL RILASCIO** del contrassegno **TEMPORANEO** (= validità inferiore ad anni cinque)
- IL RINNOVO** del contrassegno N. _____ DEL _____
- IL RINNOVO** del contrassegno **TEMPORANEO** N. _____ DEL _____
- IL DUPLICATO** DEL CONTRASSEGNO N. _____ DEL _____ per smarrimento per deterioramento

ALLEGATI OBBLIGATORI:

• **N. 2 FOTO recenti del disabile, formato tessera**

• **CARTA DI IDENTITA' VALIDA (SOLO ESIBIZIONE).**

• **PER RICHIESTE DI 1° RILASCIO, 1° RILASCIO TEMPORANEO E RINNOVO TEMPORANEO: CERTIFICAZIONE MEDICA -** rilasciata dall'Ufficio medico-legale ASL di appartenenza

• **PER RICHIESTE DI RINNOVO (non temporaneo): CERTIFICAZIONE** rilasciata dal medico curante ed **ORIGINALE CONTRASSEGNO SCADUTO**

• **PER RICHIESTE DI DUPLICATO:** Denuncia di smarrimento (se smarrito) oppure contrassegno in originale, se deteriorato
• **N. 2 MARCHE DA BOLLO DA € 16.00 SOLO PER LE AUTORIZZAZIONI TEMPORANEE (RILASCIO O RINNOVO).**

Rovigo _____

FIRMA _____

Compilazione a cura della Polizia Locale:

Il sottoscritto _____ dichiara che il richiedente è impossibilitato a firmare

N.B.: IL CONTRASSEGNO DOVRA' ESSERE FIRMATO DAL DISABILE ALL'ATTO DEL RITIRO. OCCORRE PERTANTO LA SUA PRESENZA.