

COMUNE DI FRASSINORO  
Provincia di Modena  
Piazza Miani, 16 41044 Frassinoro

Telefono 0536971825 fax 0536971002 mail: [marina.medici@comune.frassinoro.mo.it](mailto:marina.medici@comune.frassinoro.mo.it)



All'Ufficio servizi sociali del Comune di Frassinoro

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Sesso  M /  F nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ (l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

in nome e per conto **PROPRIO**;

dichiarando di agire in qualità di

*(dichiarazione resa ai sensi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa -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 propria personale responsabilità)*

FAMILIARE CONVIVENTE

ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'

FAMILIARE NON CONVIVENTE

ALTRO: \_\_\_\_\_

TUTORE (indicare gli estremi dell'atto) \_\_\_\_\_

**in nome e per conto DI** (se il richiedente l'autorizzazione non è presente):

Il/lasottoscritto/a \_\_\_\_\_

Sesso  M /  F nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_ (l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

*valendosi della disposizione di cui all'art. 46 del DPR n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, sotto la propria personale responsabilità*

**DICHIARA**

1. di essere portatore/trice di deficit deambulatorio, così come risultante dal **certificato sanitario attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciato dall'Azienda USL**, come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada;
2. di essere consapevole che l'autorizzazione è strettamente personale e che l'uso del contrassegno è consentito sui veicoli al servizio della persona invalida;
3. **di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Frassinoro ogni futura variazione a quanto riportato nella presente richiesta;**

**CHIEDE**

1. il rilascio dell'autorizzazione "**Contrassegno europeo di parcheggio per disabili**" di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS), al DPR 495/92 e DPR 151/2012 e s. m. e i.
2. l'inserimento delle seguenti targhe a servizio dell'invalido:
  - a. targa \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ Classe Euro \_\_\_\_\_  
alimentato a:  benzina  GPL  gasolio  metano  elettrico  ibrido in proprietà/comproprietà di

b. targa \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ Classe Euro \_\_\_\_\_  
alimentato a:  benzina  GPL  gasolio  metano  elettrico  ibrido in proprietà/comproprietà di \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 che: **1.** i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per cui sono resi; **2.** tali dati potranno essere impiegati o comunicati ad altri soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano; **3.** su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del sopra citato D.Lgs.. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio Pierazzi Elio.

**A tal fine allega:**

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità (solo se la firma non è apposta davanti all'operatore dell'Ufficio);
- Delega e documento di identità del delegante o altra documentazione equivalente (solo se la domanda viene presentata e/o l'autorizzazione viene ritirata da un soggetto NON convivente con il richiedente l'autorizzazione);
- Una foto tessera recente del titolare l'autorizzazione (da applicare sul retro dell'autorizzazione in base al D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 "Contrassegno europeo di parcheggio per disabili")
- Documentazione attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta: **certificato sanitario rilasciato dall'Azienda USL – Servizio Igiene Pubblica**

Il/la richiedente (firma leggibile)

Frassinoro , li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_