COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA

PROV. DI ISERNIA

Medaglia D'Argento Al Merito Civile

Cap. 86088 Tel. 0865/ 940131 - Telefax 0865/940291 C.F.80002690941 - P.I. 00084690940
SITO WEB – www.comune.sanpietroavellana.is.it e-mail – sanpietroavellana@tin.it P.E.C. comunedisanpietroavellana@pec-leonet.it

Comune di SAN PIETRO AVELLANA
(ISERNIA)

OGGETTO: RICHIESTA DI RINNOVO AUTORIZZAZIONE[4] IN DEROGA PER MOBILITÀ PERSONE INVALIDE E RILASCIO SPECIALE "CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI".

Marca Da Bollo [1]

___l___ sottoscritt___ _____
C.F. _____ - PEC _____,
già titolare dello speciale "contrassegno per parcheggio per disabili" per la mobilità delle persone invalide, rilasciato da codesto Comune con autorizzazione prot. n. _____ in data _____, in scadenza il _____,

CHIEDE

il rinnovo dell'autorizzazione
❑ permanente [2]
❑ temporanea [2]
dal _____ al _____), in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalide, ai sensi dell'art. 188 del Codice della Strada, nonché dello speciale "contrassegno per parcheggio per disabili" previsto dall'art. 381 del relativo regolamento d'esecuzione e dall'art. 12 del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503.
A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci[3], dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:
1 - Dati personali:
nat___ il _____ a _____, residente in _____ Via _____ n. _____ C.F. _____;
2 - Elementi oggettivi che giustificano la richiesta:
_____
Allo scopo allega: [2]
❑ Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta

l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96)

oppure, in alternativa [2]

- ❑ Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).
- ❑ Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).
- ❑ N. 2 foto a colori formato tessera
- ❑ Gli eventuali documenti relativi alle note 1, 2 e 3 (specificare)[2] _____

_____

_____