

Al Signor Sindaco
del Comune di

OGGETTO: Richiesta rilascio/rinnovo autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persona invalida.

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov _____ Nazione _____ il ____ / ____ / ____
Cittadinanza _____ C.F. _____
Residente in _____ Prov _____
Indirizzo _____ n. _____ Tel. _____

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

(ai sensi artt. 7, c. 4 e 188 del Codice della strada e art. 381 del relativo regolamento di esecuzione e s.m.i.)

IL RILASCIO dell'autorizzazione per la circolazione e sosta di veicoli al servizio delle persone invalide.

A tal fine allega:

- una fotografia formato tessera
- certificato medico rilasciato dall'Ufficio di Medicina legale di Aosta a firma del Dottor:

Cognome _____ Nome _____ in
data _____

- dichiarazione sostitutiva di copia conforme all'originale o originale da cui verrà fatta copia del 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

IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE A TERMINE per la circolazione e sosta di veicoli al servizio delle persone invalide n. _____ / _____ rilasciata in data ____ / ____ / ____ e avente scadenza il ____ / ____ / ____

A tal fine allega:

- una fotografia formato tessera
- certificato medico rilasciato dall'Ufficio di Medicina legale di Aosta a firma del Dottor:

Cognome _____ Nome _____
in data _____

- dichiarazione sostitutiva di copia conforme all'originale del 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

IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE QUINQUENNALE per la circolazione e sosta di veicoli al servizio delle persone invalide n. _____ / _____ rilasciata in data ____ / ____ / ____ e avente scadenza il ____ / ____ / ____

A tal fine allega:

- una fotografia formato tessera
- certificato medico rilasciato dal medico curante Dottor:

Cognome _____ Nome _____

in data _____

e, pena la decadenza dell'autorizzazione, si impegna a comunicare eventuali variazioni inerenti il venir meno di uno o più dei requisiti che hanno consentito il rilascio dell'autorizzazione stessa.

_____ / _____ / _____

(firma)

Il sottoscritto funzionario del Comune di _____ attesta che il/la Sig./ra _____, identificato/a ai sensi di legge mediante _____,

ha apposto la firma di cui sopra in sua presenza

ha sottoscritto e presentato la presente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità o di riconoscimento dell'interessato

Il funzionario _____

PRIVACY: Ai sensi del disposto del D. Lgs 196/2003 i dati dovranno essere utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed il loro trattamento sarà improntato ai principi di correttezza liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del richiedente.