



COMUNE DI RABBI

PROVINCIA DI TRENTO
UFFICIO POLIZIA MUNICIPALE

Sede Legale: Frazione San Bernardo, 48/D - 38020 RABBI (TN)

Tel. (0463) 984 032 - Fax. (0463) 984 034 - C.F. 00279660229

E.MAIL comune@g.comune.rabbi.tn.it - PEC comune@pec.comune.rabbi.tn.it



Rabbi, li.....

AL SIG.....SINDACO.....

.....
del Comune di ...RABBI.....

OGGETTO: richiesta contrassegno concessione parcheggio per invalidi previsto dal D.P.R. 16/12/1992 n°495 e dal D.P.R. 24/07/1996 n°503

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____ residente a _____ in via/piazza _____ n° _____, c.a.p. _____ nr. _____ recapito Telefonico. _____ a causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

CHIEDE

- Il RILASCIO del contrassegno
- Il RINNOVO del contrassegno nr. _____ rilasciato in data _____
- Il DUPLICATO del contrassegno nr. _____ rilasciato in data _____
- La SOSTITUZIONE del contrassegno nr. _____ rilasciato in data _____

Il/La richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'interessato, va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.

Il/La richiedente dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n°445) che i dati forniti nella presente denuncia corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la denunciante sarà perseguibile a norma di legge (art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445).

Il/La richiedente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 della Legge 675/1996 che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allo scopo allega la seguente documentazione:

- Verbale Commissione per l'accertamento dell'invalidità nei casi di invalidità 100% ed indennità di accompagnamento o non vedenti o dichiarazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio (per il RILASCIO);
- Presentazione atti in cui si evince l'esistenza dei necessari requisiti di cui alla L.P. 15/11/2007 n. 19 art. 6 comma 6;
- Contrassegno scaduto e Certificato medico rilasciato dall'A.S.L. di competenza o dal medico curante, che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno (per il RINNOVO);
- Denuncia di smarrimento (per la SOSTITUZIONE);
- Originale deteriorato (per il DUPLICATO);
- Nr. 2 marca da bollo da Euro 16,00 (solo in caso di invalidità temporanea);
- Nr. 1 fototessera.

È a conoscenza che responsabile del procedimento è codesto Ufficio di Polizia Municipale e che il termine del procedimento è di giorni 30.

IL/LA RICHIEDENTE
