

**ISTANZA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO
SPECIALE PER CIRCOLAZIONE E SOSTA DI VEICOLI
AL SERVIZIO DI PERSONE CON LIMITATA O IMPEDITA
CAPACITÀ MOTORIA**

Bollo €16.00
(Solo per autorizzazioni
temporanee con validità
certificato medico legale
inferiore a 5 anni)

**AL SINDACO
DEL COMUNE DI**
 PORTOMAGGIORE
 OSTELLATO

Io sottoscritto/a (NOME E COGNOME) _____,
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi
speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il ____/____/____
e di essere residente in _____
Via/piazza _____ n° _____
Codice fiscale _____

che la copia della certificazione rilasciata da commissione medico legale attestante la sussistenza di una
effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, allegata alla presente istanza, è
conforme all'originale in mio possesso e che, alla data odierna, quanto in esso attestato non è stato
revocato, sospeso o modificato (barrare solo se si allega in sostituzione del certificato medico legale) e

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione e del contrassegno di parcheggio per disabili prevista dall'art.381 c.2
del D.P.R. n.495/1992 e successive modificazioni (**tale riferimento deve essere indicato sul
certificato rilasciata dalla commissione medica**). A tale scopo allega: una foto tessera, il certificato
medico legale rilasciato dal servizio di Igiene Pubblica Dell'Azienda U.S.L. di Ferrara attestante la
sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Il rinnovo dello speciale permesso per invalidi temporaneo, n._____
A tale scopo allega: una foto tessera, il certificato medico legale rilasciato dal servizio di Igiene
Pubblica Dell'Azienda U.S.L. di Ferrara attestante la sussistenza di una effettiva capacità di
deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (**sul documento deve essere indicato l'art. 381 c.2
del D.P.R. n. 495/1992): 2 marche da bollo da €16.00**

Il rinnovo dello speciale permesso per invalidi n._____
A tale scopo allega: una foto tessera ed certificato del medico di famiglia attestante il persistere
delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

**N.B. Si accetta solo documentazione rilasciata dal Servizio di Igiene Pubblica USL o commissione medica
INPS (per il primo rilascio dei tesserini permanenti e per i temporanei (sia primo rilascio che rinnovo))**

RECAPITO TELEFONICO: _____

*Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 di seguito GDPR, l'Unione dei comuni Valli e Delizie in qualità di
Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali e identificativi.
In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile
all'indirizzo e-mail protocollo@pec.unionevalliedelizie.fe.it
L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a privacy@unionevalliedelizie.fe.it oppure nella sezione Privacy del
sito <http://www.unionevalliedelizie.fe.it/54/522/lunione-e-uffici/privacy-gdpr/informative-privacy>*

PORTOMAGGIORE, _____.

Il Dichiarante e Richiedente

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto
ovvero sottoscritta ed inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente
via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.