



**Istanza per il rilascio del "Contrassegno di parcheggio per disabili"**  
**Art. 381 D.P.R. n. 495/1992**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **prendendo atto che:**

1. I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c.2 D.P.R. n. 495/1992, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
2. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed eventualmente rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso, tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
3. L'interessato gode dei diritti conferitogli dagli artt. 7,8,9,10 del D.lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il titolare del trattamento è il Comune di Vaglia nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio Bini Antonella.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi de codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

**di essere nato a** \_\_\_\_\_ **( ) il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **di risiedere nel**

**Comune di** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**n.** \_\_\_\_\_ **telefono** \_\_\_\_\_ **c.f.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Il rilascio della relativa autorizzazione, prevista dall'art. 381 c.2 del D.P.R. n. 495/1992 ed il contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. 495/1992, così come modificato dal D.P.R. n. 151 del 30.07.2012.  
A tale scopo allega certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- Il rinnovo della autorizzazione n. \_\_\_\_\_ allegando certificato rilasciato dal medico curante Dr \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a conferma del persistere delle condizioni sanitarie che avevano originato il rilascio ( solo autorizzazioni rilasciate a tempo indeterminato da certificazione del Medico Legale della ASL)
- Il duplicato del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di Vaglia o dalla Unione dei Comuni Fiesole-Vaglia per il periodo dal 01..01.2012 al 31.12.2014, in quanto \_\_\_\_\_

**Allo scopo allega n. 2 fototessere e fotocopia del documento di riconoscimento**

**AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE**

Per ottenere la certificazione sanitaria a cura del proprio medico curante, prescritta per il rinnovo quinquennale della autorizzazione, l'interessato presenterà allo stesso sanitario copia della certificazione rilasciata dal medico della ASL. Alla scadenza del termine di autorizzazione temporanea o all'atto della richiesta di rinnovo, il titolare dovrà in ogni caso riconsegnare l'autorizzazione scaduta.

L'inosservanza delle norme che disciplinano l'uso dell'autorizzazione in questione comportano violazione ai sensi dell'art.188 del D.lgs del 30.04.1992, fatto salvo per eventuali, anche di carattere penale.

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente