



Comune di Forlì



Data arrivo _____	Cod. anagrafico _____
- Protocollo _____	- N° permesso _____

AL SIG. SINDACO
del Comune di Forlì

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE E CONTRASSEGNO SPECIALE INVALIDI

Nuova autorizzazione

Rinnovo

Il sottoscritto _____

reso edotto delle sanzioni penali dall' art. 76 D.P.R. 445/2000 del C.P. in caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, **dichiara** sotto la propria personale responsabilità e ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 di:

essere nato/a _____ il _____

essere residente in _____ CAP _____

via/p.zza _____ n° _____

tel.(obbligatorio) _____ cod. fiscale(obbligatorio) _____

in qualità di:

diretto interessato

altro (specificare parentela o altro) _____

IN NOME E PER CONTO DI

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

via/p.zza _____ n° _____

tel(obbligatorio) _____ cod.fiscale(obbligatorio) _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti del comma 3 dell'art. 381 del D.P.R. n.495 del 1992, (vigente Regolamento Attuativo del Codice della Strada) e dell'art. 188 del D. L.vo n°285 del 1992, (vigente Codice della Strada) **che venga rilasciato provvedimento di AUTORIZZAZIONE IN DEROGA per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, e dell'apposito CONTRASSEGNO INVALIDI così come previsto dal comma 2 dell'art. 381 del D.P.R. N° 495 del 1992.**

• **SI ALLEGA:**(gli allegati sono obbligatori)

- Certificazione medica
- Copia documento di identità del richiedente
- Copia documento di identità del beneficiario
- Copia autorizzazione precedente (se rinnovo)
- 2 Foto formato tessera
- Altro_____

Il richiedente è a conoscenza che:

1. la presente richiesta non costituisce titolo autorizzativo, che esplicherà le sue finalità solo dopo la consegna del contrassegno;
2. la mancanza di dati e allegati necessari all'istruttoria non consentirà l'emissione della autorizzazione e del contrassegno richiesto;
3. l'autorizzazione sarà a carattere temporaneo (max 5 anni o altro periodo specificato nella certificazione medica) e dovrà essere rinnovata prima della scadenza.

INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs 196/2003 (privacy)

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge. La comunicazione e la diffusione ad enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati o a enti pubblici economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento. Il trattamento dei suoi dati verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso. Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'amministrazione presso la quale tali dati possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso alla richiesta. Il titolare del trattamento dei dati da Lei sopra riportati è il Legale Rappresentante di FMI. Le rammento, infine, che lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D. Lgs 196/2003.

Luogo.....,li.....

Il Richiedente