



Città di Subiaco

- Provincia di Roma -

Area Amministrativa

dipam7@comunesubiaco.com

Tel 0774816207 Fax 0774822370

RICHIESTA DI RILASCIO-RINNOVO AUTORIZZAZIONE E CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Il/La sottoscritto/a
nato/a il a
residente a Subiaco in n.
tel

Da compilare solo in caso di minori o persone soggette a tutela
In nome e per conto di
nato/a il a
residente a Subiaco in n.
Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci e sotto la mia personale responsabilità:
DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:
ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ (in caso di minore)
TUTORE (citare gli estremi dell'atto di nomina)

presentando un'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o impedita, ed essendo a conoscenza che:

- 1) l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- 2) il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.)

CHIEDE

(ai sensi artt. 7, c. 4 e 188 del Codice della strada e art. 381 del relativo regolamento di applicazione e ss.mm.)

o, il **rilascio** dell'autorizzazione e del contrassegno per la circolazione e sosta di veicoli trasportanti o condotti da persona invalida; a tal fine allega:

- **certificazione medica** rilasciata dall'Ufficio di Medicina legale dell'Azienda USL RMG rilasciata in data
- **n. 1 foto tessera recente**
- **ricevuta di versamento di € 5,16 diritti d'istruttoria + € 1,00 diritto fisso da effettuare sul c/c postale n.51079002 intestato al Comune di Subiaco**



Città di Subiaco

- Provincia di Roma -

Area Amministrativa

dipam7@comunesubiacom.com

Tel 0774816207 Fax 0774822370

o, il **rinnovo** dell'autorizzazione e del contrassegno n., avente scadenza alla data del, allega:

- **contrassegno scaduto**

- **in caso di rinnovo di permessi temporanei (durata inf. ai 5 anni)** - certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina legale dell'Azienda USL RMG rilasciata in data.....

- **in caso di rinnovo di permessi quinquennali" (durata di 5 anni)** - certificazione medica del proprio medico curante Dottor.....
rilasciata in data

- **n. 1 foto tessera recente;**

- **ricevuta di versamento di € 5,16 diritti d'istruttoria + € 1,00 diritto fisso da effettuare sul c/c postale n.51079002 intestato al Comune di Subiaco**

Subiaco

firma

Allegare copia di documento di identità dell'interessato e, se persona diversa, del richiedente e delega

Al riguardo è consapevole che i dati acquisiti con la presente saranno trattati e conservati dall'ufficio S.S. nel rispetto del D.L. n.196/2003 per l'istruttoria dell'istanza e per le finalità strettamente connesse.