

COMUNE DI SANT'ANTONIO DI GALLURA
SETTORE SERVIZI SOCIALI

RICHIESTA PER IL RILASCIO / RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI.

D.M. n.1176 del 08.06.1979 e art. 31 del D.P.R. n. 495 del 16.12.1992.

Io sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____ residente a Sant'Antonio di Gallura
via/piazza _____ n. ____
Codice Fiscale _____ Telefono _____

Avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta

CHIEDE

Ai sensi della normativa citata in oggetto:

- Il **RILASCIO** dell'autorizzazione in deroga prevista riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, nonché il relativo contrassegno speciale;
- Il **RINNOVO** del contrassegno n. _____ rilasciato in data ____/____/____
- Il **DUPLICATO** del contrassegno (in caso di smarrimento, furto o deterioramento)

DICHIARA

- che guida personalmente il veicolo ed è in possesso della patente di guida, di cui allega copia
- che non guida e si fa trasportare con veicoli occasionali.

Il sottoscritto espressamente **dichiara** inoltre sotto la propria responsabilità:

- a) che i dati forniti corrispondono al vero;
- b) di acconsentire al trattamento dei dati personali in virtù di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs.n. 196/2003.
- c) di aver preso atto delle sotto indicate disposizioni:
1. che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
 2. che non è in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
 3. che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza ecc.);

Sant'Antonio di Gallura, li _____

Il Dichiarante
