

AL COMUNE DI CAMPOCHIARO

(Provincia di Campobasso)

DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO/DUPPLICATO

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o cod. fiscale
nata/o il a Prov.,
residente in Campochiario alla via/piazza tel.
in qualità di

- intestataro;**
- curatore/tutore** (art. 5 D.P.R. 445 del 28.12.2000) di
cod. fisc. nata/o a residente
in Campochiario alla via/piazza tel.

DICHIARA

di essere a conoscenza

- o che l'uso dell'autorizzazione è personale, ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestataro, ai sensi dell'articolo 188 C.d.S.;
- o che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- o che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.);
- o delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 (**FALSITÀ MATERIALE E/O IDEOLOGICA COMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO** – artt. 482 e 483 codice penale – **SALVO CHE IL FATTO COSTITUISCA PIÙ GRAVE REATO**);
- o che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28.12.2000;
- o dell'informativa ex art. 13 del D. Lgs 196/03 sui trattamenti conseguenti alla presentazione del presente modulo; inoltre, come previsto dall'articolo 26 comma 1 dello stesso decreto, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili, riportati sul presente modello e nella documentazione allegata, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla gestione dell'istanza;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 del Regolamento di esecuzione del C. d. S. (D.P.R. 495 del 16.12.1992):

- il RILASCIO** del contrassegno per circolazione e sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide:
- PERMANENTE;
- TEMPORANEO fino al _____;
- ALLEGA** certificazione medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza relativa all'accertamento;
- il RINNOVO** del contrassegno invalidi "PERMANENTE" (validità 5 anni) n. del
- ALLEGA** certificazione del medico curante che attesti il persistere delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio;
- DICHIARA** (ai sensi dell'art. 6, comma 3 della legge n. 80 del 09.03.2006) di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap in quanto affetta da patologia invalidante elencata nell'allegato della citata legge;
- il DUPPLICATO** del contrassegno invalidi n. del per deterioramento/furto/smarrimento;
- ALLEGA** denuncia.

Campochiario, li

FIRMA