

**Amministrazione destinataria**

Comune di Ripatransone

Ufficio destinatario

Servizio vigilanza

Domanda di realizzazione e assegnazione di area di sosta per disabili***Ai sensi dell'articolo 381, comma 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495*****Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

CHIEDE

la realizzazione e l'assegnazione di un'area di sosta per disabili

Soggetto interessato			
<input type="radio"/> per conto della propria persona			
titolare di permesso per la circolazione e la sosta dei disabili permanente			
Numero contrassegno	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> per conto di			
soggetto interessato			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)			
<input type="text"/>			
titolare di permesso per la circolazione e la sosta dei disabili permanente			
Numero contrassegno	Data rilascio	Data scadenza	Ente di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che dispone del seguente veicolo

Targa

Modello

Marca

nei pressi

Collocazione area di sosta

- della propria residenza
- del proprio luogo di lavoro, collocato in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

- nell'abitazione collocata in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

eletta a proprio domicilio per il seguente motivo

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che l'intestatario del permesso per la circolazione e la sosta dei disabili permanente

- è in possesso del contrassegno invalidi come sopra specificato
- ha diritto all'assegnazione dello spazio parcheggio personalizzato come da certificato rilasciato dall'autorità sanitaria competente
- rientra nelle condizioni di salute di cui all'articolo 188 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285 e all'articolo 381, comma 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495
- non dispone di una garage o posto auto privati nei presso del luogo dove viene richiesta l'area di sosta, oppure non può utilizzare il garage o il posto auto privato in quanto non raggiungibile con gli strumenti atti alla deambulazione

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

mappa della zona interessata dall'installazione

copia del documento d'identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Ripatransone

Luogo

Data

il dichiarante