

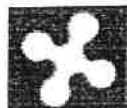


COMUNE DI VALLE SALIMBENE

Provincia di Pavia

Via Valle, 4
27010 Valle Salimbene
e-mail: staff@vallesalimbene.org
PEC staff@pec.vallesalimbene.org

Tel. 0382485036
Fax. 0382587081
C.F.00466530185



POLIZIA LOCALE

Oggetto: Richiesta di autorizzazione temporaneo e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

(articolo 381 del d.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a
_____ CF _____ residente a
_____ in _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, a favore di :

☐ sé medesimo

☐ In qualità di ☐ Esercente la patria potestà del minore ☐ Tutore¹ ☐ Altro² _____

per nome e per conto³ di _____ nato/a il _____ a _____
CF _____ residente a _____ in _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci⁴, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

apparecchiatura, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, c.3 D.P.R. 503/96)

☐ Verbale della commissione medica ASL (barrata casella 05 o casella 14 del verbale)

☐ Commissione Medica di verifica del Ministero del Tesoro:

- barrato punto 05 oppure
- punto 12 e casella con la voce "incapacità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" entrambi contemporaneamente barrati;

☐ Legge 104/92: nel verbale deve essere barrata la casella alla voce "l'interessato presente grave limitazione permanente della capacità di deambulazione"

☐ Verbale INPS: con giudizio" incapacità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore"

SOLO IN CASO DI RINNOVO PER I CONTRASSEGNI CON VALIDITA' ALMENO QUINQUENNALE:

Certificazione rilasciata dal proprio medico curante dalla quale si evinca la prosecuzione della patologia.

☐ Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

☐ N. 2 foto a colori formato tessera

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessità che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche:

- 1) _____ tel. cell. _____
- 2) _____ tel. cell. _____
- 3) _____ tel. cell. _____

_____ il _____

Il Titolare o suo genitore/tutore
