



COMUNE DI BALANGERO

CITTA' METROPOLITANA DI TORINO


Viale Copperi n. 16 - C.A.P. 10070

SERVIZIO DI POLIZIA MUNICIPALE

Email: polizia.municipale@comune.balangero.to.it

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI BALANGERO

OGGETTO: Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi.

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente in questo Comune, via n.
 Codice Fiscale minorato/a fisico/a
con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta per

come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- dell'art. 381 del «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151;

CHIEDE

il rilascio dello speciale contrassegno per parcheggio per disabili previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 151/2012, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati con il veicolo dallo stesso utilizzato;

il rinnovo del contrassegno n. _____.

In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 151/2012, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 2) che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:

.....
.....
.....

3) di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

ALLEGA:

1 fotografia formato tessera;

Certificazione medica rilasciata in data dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha «la effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta», per:

.....
.....
.....

Il certificato rilasciato dal medico di base, che dichiara la persistenza dei requisiti, per il rinnovo delle autorizzazioni il cui primo certificato era a tempo indeterminato.

Balangero (TO), li

IL/LA RICHIEDENTE

.....