

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE e CONTRASSEGNO  
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE CON CAPACITÀ DI  
DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA**

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

Il/La Sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... (.....) il .....  
Residente a ..... Via ..... N. ....Tel.....  
E-Mail ..... Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

- Il rilascio                       Il rinnovo

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 <input type="checkbox"/> esercente la potestà del minore <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____<br>per nome e per conto del Sig./Sig.ra .....<br>Nato/a a ..... (.....) il ..... Residente a ...OULX TO..... Via ..... N. ....Tel.....<br>Codice Fiscale..... |
|---|

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 mendaci, 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 dichiarando che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.

**Certificazione del medico curante** *(solo in caso di rinnovo)*

**Certificazione medico-legale dell'A.S.L.** (A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE – *SUSA Corso Inghilterra 66 c/o Presidio ospedaliero – 10059 Susa TO*

*oppure in alternativa*

**COPIA verbale della commissione medica** integrata attestante *l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA (Legge 35/2012- D.L 09/02/2012 n.5 art. 4).*

*Comunica inoltre per registrazione alla banca dati GTT SpA di TORINO (ALLEGARE copia carta di circolazione – Polizza ASSICURAZIONE):*

|  |  |
|--|--|
| targa veicolo n.1 <span style="background-color: #f4a460; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span><br>ALIMENTAZIONE : _____ OMOLOGAZIONE_ EURO ____ | targa veicolo n.2 <span style="background-color: #f4a460; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span><br>ALIMENTAZIONE : _____ OMOLOGAZIONE_ EURO ____ |
|--|--|

Allega inoltre:

- Copia fotostatica non autenticata di valido 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 formato tessera \_ Altri eventuali documenti (specificare.....)

**Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 196/2003)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti.

OULX, Li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA  
(Art. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**D I C H I A R A**

1. che l'allegata copia del **VERBALE della COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA (art.20 D. L 78/2009 – Legge 102/2009)** è conforme all'originale.
2. Che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso e modificato.

Oulx, lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante

.....