

**Domanda per il rilascio del
Contrassegno
DISABILI**

Al Sig Sindaco del
COMUNE di Oulx

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ residente in _____

tel. _____

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione, C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92, il rilascio dell'autorizzazione in deroga prevista riguardo alla circolazione e sosta dei veicoli al servizio di invalidi.

Allega a questo scopo :

certificazione medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza
(A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE
Distretto 5 – SUSA Piazza San Francesco 4 – 10059 Susa TO Tel. 0122621210-11-57 fax)

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).

1 fotografia formato tessera e fotocopia **codice fiscale**

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- e di essere consapevole 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 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

OULX, _____

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 _____
Cognome *Nome*

Nato a _____ (_____) il _____
Luogo *provincia* *data di nascita*

Residente a _____ in Via _____
Luogo *indirizzo*

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

Oulx,li _____

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.