

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI SANT'ARCANGELO (PZ)

RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ in Via/Piazza/Corso _____ n. _____
tel. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Per proprio conto

In qualità di _____
del/della Sig./Sig.ra _____
nat_ a _____ (Prov. _____) il _____ e residente a
_____ (Prov. _____) in Via/Piazza/Corso _____ n. _____

IL RILASCIO

del contrassegno di parcheggio per disabili, ai sensi dell'art.381 del D.P.R.495/1992.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
- che l'uso del contrassegno è personale;
- di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.76 del D.P.R.445/2000).

Allega:

Certificato dell'Ufficio Medico Legale della competente A.S.L. ai non vedenti D.P.R. 503/96 e ai cittadini con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. (D.P.R. 495/92.

N. 1 Fototessera.

Data _____

Firma del richiedente (*)
