

Al Sig. SINDACO
del Comune di Onani
Via Roma, 27
08020 Onani (NU).

OGGETTO: richiesta contrassegno previsto dall'art. 381 del DPR 16.12.1992 N. 495.

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (____) il ____/____/____
e residente a Onani (NU), in via/piazza _____ nr _____
Telefono _____ email _____

in qualità di (genitore, tutore, per conto proprio, ecc) _____

del sig _____ nat_ a _____ (____)

il ____/____/____ e residente a Onani (NU), in via/piazza _____ nr _____

ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, consapevole che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi e, nel caso di dichiarazioni false, ad informare l'Autorità giudiziaria

in qualità di

- persona non vedente, come risulta dalla documentazione allegata
- persona con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ***in modo permanente***, come risulta dalla documentazione allegata;
- con deambulazione impedita o sensibilmente ridotta *a tempo determinato* fino al _____, come risulta dalla documentazione allegata (in questo caso la domanda dovrà essere corredata di marca da bollo da € 16,00);

chiede

che gli venga rilasciato lo speciale contrassegno di circolazione e sosta previsto dal citato art. 381 del D.L.vo 16/12/1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Codice della Strada) così come modificato dal D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 .

ovvero

essendo già titolare del contrassegno nr _____ rilasciato dal Comune di _____ in data
____/____/____ e avente scadenza il ____/____/____ chiede Il rilascio di un duplicato per:

- ☐ Deterioramento
- ☐ Smarrimento
- ☐ Furto
- ☐ Scaduta validità

Firma

Onani _____

Allegati:

1. certificazione comprovante lo stato di non vedente o la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, rilasciata dalla Commissione Medica o dall'ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza (in caso di rinnovo è sufficiente la certificazione del medico curante);
2. copia documento di riconoscimento;
3. una foto.