

**Al Sig. Sindaco del  
Comune di Leivi**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Leivi

via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Al fine di ottenere l'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, e a conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso contenente dati non più rispondenti a verità (art. 76 DPR 445/2000 e 507/93 e successive modificazioni) in base agli artt. 46 e 4 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

1) di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui art. 13 del D.L.vo n. 196 del 30/06/03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Si riserva in ogni caso di esercitare i diritti di cui agli artt. 7,8 e 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196.

2) alla domanda si allega in caso di  **RILASCIO:**

certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale dalla quale risulta effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

alla domanda si allega in caso di  **RINNOVO:**

del contrassegno n. \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_

– **per rinnovo contrassegno permanente** (durata anni 5): certificazione rilasciata dal medico curante dalla quale risulti che le condizioni di invalidità non sono mutate;

– **per rinnovo contrassegno temporaneo:** nuovo certificato rilasciato dall'Ufficio di Medicina Legale dell' Azienda Sanitaria Locale dal quale risulti effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

3) n. 2 fotografie formato tessera – Codice Fiscale – Carta D'Identità del richiedente.

Leivi, \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_