



COMUNE DI GRAGNANO TREBBIENSE

Provincia di Piacenza

Via Roma, 121 - 29010 Gragnano Trebbiense (PC) - Partita IVA: 00230280331

Telefono: 0523 788444 - Fax: 0523 788354

E. mail: istruzione@comune.gragnanotrebbiense.pc.it

Prot. N. _____
Del ___/___/___

All'Ufficio Pass Invalidi
Comune di Gragnano Tr.

Oggetto: richiesta autorizzazione in deroga per mobilità persone invalide e rilascio speciale contrassegno.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

Il ___/___/___ e residente a Gragnano Tr in via _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

In base alle vigenti disposizioni di Legge (art. 6, D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384- D.M. 8 giugno 1979 – art. 28 L. 5 febbraio 1992 n. 104 – art. 188 CDS e art. 381 del Reg. d'es. C.d.S., modificato dall'art. 217 del D.P.R., 16 settembre 1996, n. 610) la prevista autorizzazione per invalidi in quanto ha notevole difficoltà alla deambulazione ed è impossibilitato/a all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico come si evince dal:

- certificato della Commissione Medica ASL di _____ (per primo rilascio/rinnovo del temporaneo) – ALLEGATO IN ORIGINALE
- certificato del medico curante (per rinnovo del permanente) – ALLEGATO IN ORIGINALE

come previsto dall'art. 381 comma 3 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del Nuovo Codice della Strada.

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 76 D.P.R. 445/2000).

In ordine alla autenticità della firma allego fotocopia del documento di identità _____

Rilasciato da _____ il ___/___/___ scadenza ___/___/___

Gragnano Tr. li ___/___/___ firma del dichiarante _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS n. 196/2003

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, si informa la S.V. che i dati riportati nella presente richiesta sono acquisiti dal Comune di Gragnano Tr. nel pieno rispetto dei principi stabiliti dalla Legge.

Ai sensi dell'art. 13 della suddetta Legge, Lei potrà richiedere in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione scrivendo al Responsabile del trattamento dei dati nominato dall'Amministrazione.

Dichiaro di avere ricevute le informazioni previste dall'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003, in relazione al trattamento che il Comune di Gragnano Tr. potrà fare in ordine ai dati da me forniti nella presente istanza.

Gragnano Tr., ___/___/___ firma _____

All'Ufficio Pass Invalidi
Comune di Gragnano Tr.

**Oggetto: RICHIESTA INSERIMENTO TARGHE DEL PERMESSO INVALIDI PER ZTL
PIACENZA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato__ a _____

Il ___/___/_____ titolare del permesso invalidi n. _____ del ___/___/_____ scad. ___/___/_____

Richiede l'inserimento dei veicoli utilizzati per il transito nella zona a traffico limitato **del Comune di Piacenza**

1° VEICOLO	
TIPO VEICOLO	
TARGA	
PROPRIETARIO VEICOLO	
RESIDENTE A	
VIA	
RAPPORTO CON IL TITOLARE DEL CONTRASSEGNO	
2° VEICOLO	
TIPO VEICOLO	
TARGA	
PROPRIETARIO VEICOLO	
RESIDENTE A	
VIA	
RAPPORTO CON IL TITOLARE DEL CONTRASSEGNO	

A tal proposito allega:

- copia fotostatica c. identità titolare contrassegno;

- copia carta circolazione veicoli

In fede

Gragnano Tr., ___/___/_____
