

Marca da bollo  
€ 16,00  
(solo aut.ni  
temporanee inferiori  
a 5 anni

Spazio per la  
fototessera

**Alla POLIZIA LOCALE UNIONE VALDERA  
Comando Territoriale Valdera Nord  
sede di CALCINAIA**

**Oggetto: art. 381 D.P.R. n. 495/1992 – Richiesta rilascio “contrassegno di parcheggio per disabili”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Prendendo atto che:

- 1. I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. n. 495/1992, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;*
- 2. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso;*
- 3. Tali dati potranno essere comunque comunicati agli organi istituzionali di controllo;*
- 4. L'interessato gode dei diritti conferitogli dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;*
- 5. Il titolare del trattamento è il Comune di Buti nella persona del suo legale rappresentante, individuato nel Responsabile del Servizio di Polizia Municipale,*

**CONSAPEVOLE**

**che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000**

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di essere residente  
a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. n. 495/1992 ed il contestuale rilascio del “Contrassegno di parcheggio per disabili” di cui alla figura 4 art. 381 D.P.R. 495/1992, così come modificato dal D.P.R. n. 151 del 30/07/2012.

**A tale scopo allega:**

- certificazione medica rilasciata dall'**Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di Pontedera** attestante la sussistenza di problemi di deambulazione nel caso di **primo rilascio** o rilascio/ rinnovo di contrassegno **a tempo determinato**
- certificazione del **medico curante** attestante la sussistenza di problemi di deambulazione nel caso di **rinnovo di contrassegno a tempo indeterminato.**

Allo scopo allega copia del proprio **documento di riconoscimento** e numero **2 fototessere.**

Calcinaia, lì \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_