

OGGETTO: RICHIESTA POSTO AUTO PERSONALIZZATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/ a a _____ (prov. di _____) il _____ codice fiscale _____ residente in _____ alla via _____ n. _____ - C.A.P. _____ recapito mail _____ telefono _____ - _____ nella qualità di:

- titolare del "Contrassegno di Parcheggio per Disabili" di validità quinquennale n. _____ scadenza _____
- genitore (per il figlio minore) / tutore del disabile _____ nato a _____ (prov. di _____) il _____ codice fiscale _____ residente in _____ alla via _____ n. _____ titolare del "Contrassegno di Parcheggio per Disabili" di validità quinquennale n. _____ scadenza _____

C H I E D E

l'assegnazione di uno stallo di sosta personalizzato per il veicolo a sua disposizione, da individuarsi nelle vicinanze della abitazione di residenza in via _____

Infine, prende atto che l'assegnazione avrà validità pari a quella del contrassegno di parcheggio e che l'Ordinanza Sindacale di istituzione dello stallo di sosta sarà revocata in mancanza di richiesta di rinnovo o qualora sia accertata la perdita anche di uno solo dei requisiti richiesti.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 445/2000, di non avere la disponibilità di un posto auto in area privata.

Allega la seguente documentazione:

- ◆ fotocopia documento di riconoscimento valido dell'interessato;
- ◆ fotocopia documento di riconoscimento valido del genitore – tutore (con copia decreto di tutela);
- ◆ fotocopia ambo i lati del Contrassegno H (validità quinquennale);
- ◆ certificazione dell'A.S.L. attestante le "particolari condizioni di invalidità";
- ◆ eventuale delega alla presentazione dell'istanza con documento di riconoscimento del delegato.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui GDPR 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Quarto, li _____

Firma leggibile
