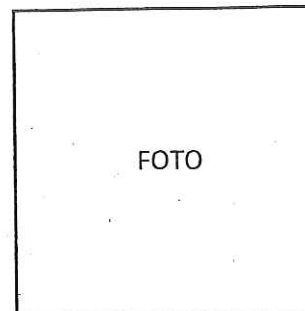


Marca da bollo  
€ 16,00  
(solo per  
autorizzazioni  
temporanee)



All'Unione Comuni Adige Guà  
Corpo di Polizia Locale  
Cologna Veneta

**OGGETTO: Art. 381 D.P.R. N°495/1992: richiesta rilascio "Contrassegno di parcheggio per disabili"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
prendendo atto che:

- 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;
- 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, tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
- l'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7, 8, 9, 10 del D. Lgs. n° 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni,
- il titolare del trattamento è il Comune di \_\_\_\_\_ nella persona del suo legale rappresentante; il responsabile del trattamento è il Comandante pro tempore del Corpo di Polizia Locale dell'Unione Comuni Adige Guà;

**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

che è nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_, e

### 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 V4 art. 381 D.P.R. N°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 n. \_\_\_\_\_  
 dal medico curante dott. \_\_\_\_\_

attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.  
Allo scopo allega copia di un proprio documento di riconoscimento e n° 2 fototessere.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma