

COMUNE DI GAZZO VERONESE

RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Ai sensi dell'art. 381 DPR 495/1992

RICHIESTA DELL'AVENTE DIRITTO

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI			
Codice Fiscale: 			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare: (*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso (**)	Fax: ()	Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO (barrare una delle due caselle sottostanti):

☐ rilascio nuovo permesso ☐ rinnovo permesso n. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L.- Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona tramite la piattaforma informatica <https://accessiztl.comune.verona.it>

Dichiaro infine di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE/2016/679, pubblicata sul sito MUNE DI GAZZO VERONESE nelle pagine della Direzione Servizi ai Cittadini e disponibile presso gli sportelli.

ALLEGRO: - verbale della commissione medica integrata o certificato medico in originale
- contrassegno e relativa autorizzazione di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo) in originale

Data,/...../..... **Firma leggibile** _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

RICHIESTA DEL TUTORE – CURATORE – AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare: (*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso (**)	Fax: ()	Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di essere il **tutore – curatore – amministratore di sostegno a norma di legge** di:

DATI ANAGRAFICI			
Codice Fiscale:			
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare: (*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso e/o cell. (**)	Fax: ()	Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(*Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

il quale ha ridotte capacità deambulatorie;

per suo nome e conto **CHIEDO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

☐ rilascio nuovo permesso ☐ rinnovo permesso n. _____

Dichiaro, inoltre, che verrà utilizzato prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L.- Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa di cortesia:

TARGA							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona tramite la piattaforma informatica <https://accessiztl.comune.verona.it>

Dichiaro infine di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE/2016/679, pubblicata sul sito www.comune.verona.it nelle pagine della Direzione Servizi ai Cittadini e disponibile presso gli sportelli.

ALLEGRO:- verbale della commissione medica integrata o certificato medico in originale
- contrassegno e relativa autorizzazione di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo) in originale
- decreto di nomina tutore – curatore – amministratore di sostegno e giuramento in originale

Data,/...../.....

Firma leggibile _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non

autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

SPAZIO RISERVATO ALL'UTENTE PER EVENTUALI DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE:

Il sottoscritto è consapevole che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46, 47, 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei propri riguardi le sanzioni previste dal codice Penale e delle leggi speciali in materia; è altresì consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00.

Data,/...../.....

Firma leggibile _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

L'interessato deve presentarsi all'appuntamento con il modulo di richiesta compilato e accompagnato, a seconda dei casi, da:

NUOVO PERMESSO

- **Documento di identificazione** in corso di validità
- **Documentazione sanitaria** che può essere, in alternativa: **verbale di invalidità o handicap in originale** rilasciato dalla commissione medica integrata ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno ai sensi della Legge 382/70 status di non vedente o del DPR 495/1992 art. 381 (e successive modifiche DPR 503/1996 art. 12) **oppure certificato medico in originale rilasciato dal medico del Distretto Sanitario di appartenenza** dal quale risulti che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesto il contrassegno ha diritto ai sensi di una delle norme sopra citate
- **Due foto** recenti a colori, formato tessera, dell'avente diritto
- **Per i contrassegni temporanei (validità inferiore a 5 anni) n. 2 marche da bollo da euro 16,00**
- **Copia Fotostatica Carta di Circolazione del mezzo indicato nella Richiesta.**

RINNOVO PERMESSO

- **Documento di identificazione** in corso di validità
- **Vecchio contrassegno e relativa autorizzazione in originale**
- **Certificato del medico di base in originale che confermi il persistere delle condizioni sanitarie** che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno
- **Due foto** a colori, formato tessera, dell'avente diritto. La foto dev'essere diversa da quella utilizzata per il precedente permesso e di non oltre sei mesi.
- **Copia Fotostatica Carta di Circolazione del mezzo indicato nella Richiesta.**

I contrassegni temporanei (validità inferiore ai 5 anni) non sono rinnovabili: è necessario richiedere un **nuovo** permesso

Spazio riservato all'ufficio

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO PERMESSI (NON COMPILARE)

RICHIEDENTE/DELEGATO identificato dall'impiegato addetto al servizio in base a:

- ☐ **DOCUMENTO** di identità o di riconoscimento _____
- ☐ **CONOSCENZA PERSONALE**

Dubbi emersi sulla veridicità delle dichiarazioni (ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000):

☐	NO - (controlli a campione)
☐	Sì - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

Data...../...../.....

Firma dell'impiegato addetto _____