



Città di Pescara

Medaglia d'oro al Merito Civile

Corpo Polizia Municipale
Ufficio Permessi in deroga

CONTRASSEGNO N.	
	spazio per l'apposizione della marca da bollo da annullare con data e/o timbro

ZTL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------	------------------------------------	------------------------------------

Al Sig. Sindaco del Comune di Pescara
c/o Comando di Polizia Municipale
Via del Circuito, 26 - 65100 Pescara

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per la mobilità delle persone invalide.

Il sottoscritto tel.
in qualità di dell'avente diritto

CHIEDE

di ottenere il rilascio della autorizzazione e del contrassegno di parcheggio per disabili in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni della circolazione stradale prevista per la mobilità delle persone invalide ai sensi dell'art. 188 del C.d.S. e dell'art. 381 del relativo regolamento di esecuzione e dell'art. 12 D.P.R. 503/96, specificando che trattasi di:

<input type="checkbox"/>	Primo rilascio scadenza a 5 anni (allegare certificato originale del medico legale ASL)
<input type="checkbox"/>	Rinnovo scadenza a 5 anni contrassegno n° (certificato del medico curante <u>e contrassegno scaduto</u>)
<input type="checkbox"/>	Primo rilascio scadenza inferiore a 5 anni (certificato originale del medico legale ASL e n. 2 marche da bollo da € 16,00)
<input type="checkbox"/>	Rinnovo con scadenza inferiore a 5 anni contrassegno n° (certificato originale del medico legale ASL, <u>contrassegno scaduto</u> e n. 2 marche da bollo da € 16,00)
<input type="checkbox"/>	Duplicato contrassegno n° (allegare contrassegno deteriorato o illeggibile)
<input type="checkbox"/>	Duplicato contrassegno n° causa smarrimento/furto (allegare denuncia o autocertificazione)

N.B.: allegare sempre n° 2 fototessere recenti e uguali del titolare del contrassegno e fotocopia del documento di identità.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara** le seguenti generalità dell'avente diritto all'autorizzazione:

Cognome e nome, nato il
a (.....) residente a PESCARA (.....),
indirizzo

Data Firma

Consegnata autorizzazione al Sig/ra. identificato/a con
n. rilasciato da in qualità di
Data..... Firma per ricevuta

" Il trattamento dei dati personali si svolgerà in conformità alle disposizioni del D.Lgs n. 196 del 30.06.03. In particolare tali dati verranno trattati esclusivamente ai fini istituzionali ed eventualmente comunicati alla Regione Abruzzo per fini istituzionali della stessa. Il titolare del trattamento è il Comune di Pescara nei confronti del quale l'interessato potrà far valere i diritti previsti dall'art. 7 D.Lgs n. 196 / 2003 ".