Città
di Follonica

POLIZIA LOCALE

Via Roma ang. Largo Felice Cavallotti - 58022 Follonica (GR)
Tel. 0566.42000 - Fax 0566. 53006
polizialocale@comune.follonica.gr.it

STALLO SOSTA INVALIDI PERSONALIZZATO

La domanda di concessione per lo stallo personalizzato dovrà essere prodotta dall'interessato o da un convivente, in caso di impossibilità del richiedente ed indirizzata direttamente al **Sindaco del Comune di Follonica**

L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. dichiarazione di non possesso nel raggio di m.100 dall'abitazione, di idoneo spazio per il ricovero del mezzo di trasporto, oggetto della concessione.

2. fotocopia del contrassegno

3. fotocopia del libretto di circolazione e patente di norma in uso al portatore di handicap.

4. certificato medico legale, della A.S.L. di appartenenza, attestante che il richiedente presenta un'impedita capacità di deambulazione".

Città
di Follonica

POLIZIA LOCALE

Via Roma ang. Largo Felice Cavallotti - 58022 Follonica (GR)
Tel. 0566.42000 - Fax 0566. 53006
polizialocale@comune.follonica.gr.it

Al Sindaco del Comune di Follonica

DOMANDA per assegnazione spazio sosta disabili personalizzato (D.G. n°174 del 15-07-2016)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a in via__/piazza

cap

tel e-mail

CHIEDE

A norma del regolamento comunale per il rilascio del "contrassegno invalidi" e delle "concessioni di parcheggio riservate agli invalidi" e della Deliberazione della Giunta Comunale n°174 del 15-07-2016 l'assegnazione di uno spazio sosta "personalizzato" per disabili da realizzarsi presso:

☐ la propria residenza anagrafica in

via__/piazza

☐- il proprio domicilio

via__/piazza

DICHIARA di

a) di non essere in possesso nel raggio di m.100 dall'abitazione, di idoneo spazio per il ricovero del mezzo di trasporto, oggetto della concessione.

c) presentare particolari condizioni di invalidità (*di cui al comma 5 dell'art.381D.P.R. 495/1992)*

e) disporre di auto di proprietà o intestata a un parente,
targata

Inoltre **DICHIARA** di essere a conoscenza:

☐ che la pratica verrà istruita a seguito di sopralluogo;
☐ che l'ubicazione del posto disabili richiesto è su strada pubblica;

Via Roma ang. Largo Felice Cavallotti - 58022 Follonica (GR)
Tel. 0566.42000 - Fax 0566. 53006
pmunicipale@comune.follonica.gr.it

☐ che la **Concessione** sarà **revocata** nei seguenti casi:

- **decesso** dell'intestatario;
- **trasferimento** della residenza in altro comune;
- **ricovero** dell'intestatario in struttura per lunga degenza

Nel caso in cui si verifichino uno o più casi sopra descritti, il titolare della concessione (*o tutore/curatore o erede dello stesso*) **è obbligato ad inviare apposita comunicazione scritta** all'ufficio preposto che provvederà alla revoca della Concessione. Nel caso di decesso alla comunicazione deve essere allegato il contrassegno disabili in originale.

☐ delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (**FALSITA' MATERIALE E/O IDEOLOGICA COMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO** – ART. 482 E 483 CODICE PENALE – **SALVO CHE IL FATTO NON COSTITUISCA PIU' GRAVE REATO**);

☐ che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000;

☐ dell'informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003 sui trattamenti conseguenti alla presentazione del presente modulo; inoltre, come previsto dall'art. 26 comma 1 dello stesso decreto, **esprime il proprio consenso ai trattamenti dei dati sensibili,** riportati sul presente modello e nella documentazione allegata, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla gestione dell'istanza;

Follonica lì ..... **FIRMA** .....

Allega copia del documento d'identità dell'invalido e/o dell'eventuale tutore/curatore *(Art. 5 D.P.R. 445 del 28/12/00), inoltre:*

☐ copia del libretto di circolazione dell'auto
☐ copia del contrassegno disabili fronte/ retro
☐ documentazione sanitaria di cui al comma 5 dell'art. 381 D.P.R. 495/1992
☐ certificato medico legale della A.S.L di appartenenza attestante che il richiedente presenta una sensibilmente ridotta od un'impedita capacità di deambulazione.