**AL Sig. SINDACO**

Marca da bollo

 **DEL COMUNE DI POMARANCE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di confermare i propri dati personali di cui sopra e di essere nelle condizioni previste dall’art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 e successive modifiche,

**(OPPURE) IN NOME E PER CONTO DI**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di

deambulazione impedita o sensibilmente ridotta di cui all’art. 188 del D.Lgs. 285/92, nella seguente forma

(Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta):

 **1° RILASCIO CONTRASSEGNO PERMANENTE (NO MARCA DA BOLLO)** e a tal fine allega:

1) certificato del **medico legale del Distretto Sanitario** in originale che attesta la ridotta capacità di deambulazione;

2) verbale di accertamento della Commissione medica per l’accertamento delle invalidità civili contrassegnato dal codice 05- 06- 08- 09;

3) fotocopia di un documento d’identità in corso di validità;

4) due fotografie formato tessera del titolare del contrassegno.

 **1° RILASCIO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (2 MARCHE DA BOLLO 16,00€)** e a tal fine allega:

1) certificato del **medico legale del Distretto Sanitario** in originale che attesta la ridotta capacità alla deambulazione;

2) fotocopia di un documento d’identità in corso di validità;

3) due fotografie formato tessera del titolare del contrassegno.

 **RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE (NO MARCA DA BOLLO)** e a tal fine allega:

1) certificato del **medico curante** che esplicitamente attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno.

2) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;

3) due fotografie formato tessera del titolare del contrassegno;

4) contrassegno scaduto.

 **RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (2 MARCHE DA BOLLO 16,00 €)** e a tal fine allega:

1) certificato del **medico legale del Distretto Sanitario** che attesta il proseguimento della difficoltà alla

deambulazione comprensivo del periodo della durata del certificato in anni;

2) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;

3) due fotografie formato tessera del titolare del contrassegno;

4) contrassegno scaduto.

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice della penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall’Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000).

**Ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)**, si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Pomarance, per le finalità connesse all’erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all’emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell’art. 7 del medesimo Decreto, l’intestatario ha diritto ad avere conferma dell’esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiedere la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Pomarance P.za Sant’Anna, 1.

Letta e compresa l’informativa sopra riportata do il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

(barrare casella) acconsento non acconsento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

**Rilascio, rinnovo e validità del contrassegno di parcheggio per persone con disabilità.**

Il contrassegno di parcheggio per persone con disabilità (previsto dall'art. 188 del Codice della Strada e dall'art. 381 del regolamento di esecuzione e di attuazione del C.d.S. e successive modifiche), viene rilasciato da parte del Sindaco del Comune di residenza del richiedente, su specifica istanza dello stesso.

Tale domanda deve contenere oltre che i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, anche una certificazione medica rilasciata dall’ ufficio medico legale dell’azienda sanitaria locale di appartenenza, di essere in possesso del certificato medico-legale che attesta  la sussistenza dei requisiti di legge: si tratta di una certificazione ai sensi del DPR 495/1992 e del DPR 503/1996, attestante la **capacità deambulatoria sensibilmente ridotta** ovvero che **il soggetto è non vedente**;

Per chi è in possesso di un verbale di invalidità civile o handicap, dal 2012 vige una specifica previsione normativa (art. 4, legge 4 aprile 2012, n. 35) che opportunamente attribuisce alla Commissione medica di accertamento il compito di annotare nei verbali anche la sussistenza della condizione richiesta dal Regolamento di attuazione del Codice della Strada. Conseguentemente i verbali più recenti, qualora ricorrano le condizioni sanitaria previsti dal Regolamento del Codice della strada, riportano l’annotazione: *“persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, DPR 495/1992).*

Il contrassegno, NON può essere richiesto (e quindi rilasciato) da parte di tutte le persone con disabilità e/o riconosciute quali portatrici di handicap, ma solo a coloro che è stato certificato un problema di DEAMBULAZIONE direttamente connesso agli arti inferiori.

Inoltre, ai sensi dell'art. 12, comma 3 del DPR 503/96, il contrassegno per persone con disabilità deve essere concesso anche alla categoria dei non vedenti TOTALI.

Il contrassegno di parcheggio per persone con disabilità è strettamente personale, non è vincolato ad uno specifico veicolo ed ha valore su tutto il territorio nazionale e dei stati membri dell'U.E.

Il contrassegno ha una validità 5 anni. Il rinnovo avviene con la presentazione al Sindaco del Comune di Residenza di un certificato medico, rilasciato preventivamente da parte del medico curante, il quale attesti il persistere delle condizioni patologico - sanitarie che hanno dato luogo al primo rilascio.

Per le persone invalide a tempo determinato in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, l'autorizzazione può essere rilasciata a TEMPO DETERMINATO con le stesse modalità sopra citate.

In tal caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità (e quindi anche di validità del contrassegno TEMPORANEO).

Per il rinnovo dei contrassegni invalidi TEMPORANEI, bisogna richiedere una nuova certificazione direttamente all’ufficio medico-legale dell’Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, come per il primo rilascio (e non dal proprio medico curante).