

Marca da Bollo  
di € 16,00  
per i non permanenti

**DOMANDA RILASCIO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO  
PER DISABILI**

**AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE  
Ufficio Traffico – Contrassegni Invalidi  
Piazzale Resistenza 1 – 50018 Scandicci (FI)**

Responsabile del procedimento  
Dott. Giuseppe Mastursi

Referente per la pratica  
Ag. Sc. F. Casamenti

DATI DISABILE:

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

residente a Scandicci in via/piazza: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

essendo gravemente impedito/a alla deambulazione:

**CHIEDE**

Il rilascio del contrassegno previsto dal D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 per la circolazione e la sosta nelle strade in cui sono in vigore provvedimenti limitativi.

**E a tal fine DICHIARA**

in applicazione dell'Ord. del Sindaco del Comune di Scandicci n. 751 dell'08/11/91:

1. di non essere titolare di analogo contrassegno rilasciato da un Comune diverso da quello di Scandicci;
2. di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
3. di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
4. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni; (art.76 del TU, DPR 445/2000);
5. di essere consapevole 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.11, c. 3 del DPR 20/10/1998 n.403.

**ALLEGA**

- **Certificazione medica rilasciata dalla ASL,**
- **Eventuale delega:**
- **Fotocopie documento richiedente e dell'eventuale delegato al ritiro e relativi codici fiscali;**
- **N. 2 Foto formato tessera;**
- **N. 2 marche da bollo da €. 16.00 ciascuna, se il contrassegno ha validità non permanente (una da apporre sulla presente richiesta, una da apporre sul contrassegno).**

Scandicci, \_\_\_\_\_

*firma*

\_\_\_\_\_  
*(del disabile)*

*firma*

\_\_\_\_\_  
*(della persona delegata)*

**Informativa ai sensi dell'art. 12 e s.m.i. Regolamento UE 679/2016.**

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali.

Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti tenuti alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito [www.comune.scandicci.fi.it](http://www.comune.scandicci.fi.it) accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del Trattamento è il Comune di Scandicci

**IMPORTANTE !!!**

IN CASO DI CONTRASSEGNO NON RITIRATO ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA ALL'UFFICIO PROTOCOLLO, LA PRATICA VERRA' ARCHIVIATA E DOVRA' ESSERE PRESENTATA NUOVA RICHIESTA PER L'OTTENIMENTO DEL CONTRASSEGNO.

NOTA BENE: IL CONTRASSEGNO **NON** VIENE SPEDITO A CASA