

# DOMANDA RILASCIO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI

Marca da bollo  
€ 16,00

**AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE**

**Ufficio Traffico**

**Piazzale Resistenza 1 – 50018 SCANDICCI (FI)**

<b>Responsabile del Procedimento</b>	<b>Referenti per la pratica</b>
Dott. G. Mastursi	Ag. F. Casamenti

## **DATI RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome	
nato/a a:		il:	/ /
Residente a Scandicci in Via/P.zza:			n.c.
• Tel.	• Cell.		
• E-mail	• PEC		

## **EVENTUALE DELEGATO**

Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome	
nato/a a:		il:	/ /
Residente a Scandicci in Via/P.zza:			n.c.

**Essendo gravemente impedito 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.

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 T.U., D.P.R. 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 D.P.R. 20/10/1998 n. 403.

**ALLEGATI:**

<input checked="" type="radio"/>	<b>N. 2 Foto formato tessera;</b>
<input checked="" type="radio"/>	<b>Fotocopie documento del richiedente e relativo codice fiscale.</b>
<input checked="" type="radio"/>	<b>Fotocopie documento del delegato.</b>
<input checked="" type="radio"/>	<b>N. 2 marche da bollo da €. 16.00 ciascuna, <u>solo se il contrassegno ha validità TEMPORANEA</u> (non permanente), una da apporre sulla presente richiesta, una da apporre sul contrassegno.</b>
<b><u>Certificazione medica da allegare, scegliere una delle due opzioni:</u></b>	
<input type="radio"/>	<b>Certificazione medica specifica rilasciata dalla ASL.</b>
<b><u>Oppure</u></b>	
<input type="radio"/>	<b>Verbale rilasciato dalle commissioni mediche di invalidità, civile, disabilità, cecità, sordità ecc., che riporti esattamente la frase <b><u>“invalido con ridotta o impedita capacità motoria”</u></b>.</b>

Scandicci li: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(del disabile)Firma \_\_\_\_\_  
(del delegato)***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 !!!**

**NB - IN CASO DI RITIRO DEL CONTRASSEGNO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE, QUESTA DOVRÀ PRESENTARSI, CON DELEGA SOTTOSCRITTA (come da modello allegato) E DOCUMENTO D'IDENTITÀ.**

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

IL CONTRASSEGNO **NON** VIENE SPEDITO A CASA

# COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

**Ufficio Traffico**  
Contrassegni invalidi

Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome:	
nato/a a:	il	/	/
Residente a Scandicci in Via/P.zza:			n.c.

Firma \_\_\_\_\_

## **DELEGA**

### AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome	
nato/a a:	il	/	/
Residente a in Via/P.zza:			n.c.
In qualità di:			

Firma \_\_\_\_\_

<b>ALLEGATI:</b>
● <u>Fotocopia documento identità del delegante</u>
● <u>Fotocopia documento identità del delegato</u>