

**RICHIESTA ISTITUZIONE DI UN'AREA DI SOSTA
PER PERSONA CON DISABILITA'**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (Prov. ____) il _____ residente
in _____ in Via _____ nr. _____, tel./cell. _____
e-mail/pec: _____, in riferimento alla richiesta di
assegnazione dello stallo di sosta per persona con disabilità, in qualità di:

diretto interessato; legale rappresentante genitore tutore

della persona con disabilità Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il _____, residente a Corleone, in Via _____
nr. _____.

Titolare del Contrassegno di Parcheggio per persona con Disabilità nr. _____ rilasciato dal Comune di _____

CHIEDE

l'istituzione di un'area di sosta in Via _____

ai sensi del D.P.R. 495/1992 art. 381 e del Regolamento del Comune di Corleone approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale nr. 73 del 06.12.2010.

A tal fine presenta la seguente documentazione allegata alla presente:

- ❖ fotocopia carta d'identità;
- ❖ possesso o disponibilità dell'autoveicolo;
- ❖ fotocopia patente di guida propria;
- ❖ fotocopia patente di guida di altra persona residente o di persona non residente ma stabilmente addetta a garantirne gli spostamenti;
- ❖ Nel caso l'istanza non sia presentata dall'interessato/a, allegare documentazione comprovante la qualità sopra dichiarata;
- ❖ Autodichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 (allegato A).

Insieme alla documentazione sopra indicata va presentata **SEPARATAMENTE IN UNA BUSTA CHIUSA tutta la documentazione medica atta a dimostrare le condizioni di grave disagio motorio** (es. verbale di invalidità civile, documentazione medica specialistica, visita fisiatrica recente effettuata in struttura pubblica o convenzionata, con valutazione dettagliata della autonomia e della capacità di deambulazione, ecc.).

A tal fine DICHIARA ai sensi del DPR 445/2000 di

- 1) Avere i requisiti previsti dall'art. 381 comma 5 del Regolamento di Esecuzione e di Attuazione del Nuovo Codice della Strada (D.P.R.495/1992 e ss.mm.ii.) e dal Regolamento del comune di Corleone;
- 2) Essere consapevole che tutti i documenti e le dichiarazioni allegate alla presente istanza saranno soggette a verifiche d'ufficio e relative segnalazioni agli organi competenti.

Corleone li _____

Firma _____

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), si informa che i dati personali, compresi quelli particolari (c.d. sensibili), sono trattati dal Comune di Corleone in qualità di Titolare in attuazione dell'art. 381 comma 5 del DPR 495/92, per l'istituzione dell'area di sosta individuata da apposita segnaletica con l'indicazione del contrassegno di parcheggio per persona con disabilità, nell'ambito dell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri.

Corleone li _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 nr. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
 il _____, e residente a _____ in via _____ nr. _____

In riferimento alla **richiesta di un'area di sosta con il contrassegno di parcheggio per persona con disabilità** n. _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di false attestazioni, previste dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

che nel nucleo familiare del titolare di contrassegno disabili:

NON VI È DISPONIBILITÀ a qualsiasi titolo di box e/o posti auto su area privata, presso la residenza o nelle immediate vicinanze.

VI È DISPONIBILITÀ di box/posto-auto presso la residenza o nelle immediate vicinanze, ma inaccessibile per la persona con disabilità per i seguenti motivi: _____

di utilizzare l'area di sosta personalizzata con il contrassegno di parcheggio per disabili con frequenza:

giornaliera

saltuaria

per le seguenti motivazioni:

lavoro presso _____ con sede a _____
 in Via _____ tel. _____;

studio presso l'istituto _____ con sede a _____
 in Via _____ tel. _____;

Visite specialistiche presso studi medici/Strutture riabilitative _____
 _____ con sede a _____
 in Via _____ tel. _____;

Visite specialistiche presso studi medici/Strutture riabilitative _____
 _____ con sede a _____
 in Via _____ tel. _____;

(allegare certificazione medica e/o piano terapeutico);

Altro: _____

a tal fine ALLEGA

- Fotocopia della patente di guida propria in corso di validità, compatibile con le patologie documentate;
- Fotocopia patente di guida in corso di validità del familiare accompagnatore.

Dichiara, altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente documentazione viene resa.

Data _____

Il/la Dichiarante