

Marca da bollo

€ 16

(per richieste temporanee)

Alla Polizia Locale Alta Val di Non  
AL SIGNOR SINDACO DEL  
DEL COMUNE DI SARNONICO

**RICHIESTA PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO  
PER DISABILI Ai sensi dell'art. 381 DPR 495/1992**

**RICHIESTA PER MINORI**

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI PADRE			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare.(*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso(**)		Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(\* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(\*\* Tel.fisso, e PEC sono dati facoltativi)

DATI ANAGRAFICI MADRE			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare.(*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso(**)		Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(\* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(\*\* Tel.fisso, e PEC sono dati facoltativi)

**genitori di:**

DATI ANAGRAFICI minore	
Codice Fiscale:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cognome e Nome:	
Nato/a a:	Prov. Il giorno:
Residente a:	Via: N. civico: CAP:
Cellulare.(*)	E-mail: (*)
Telefono fisso e/o cell.(**)	Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)

(\*Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative al permesso)

(\*\* Tel.fisso, e PEC sono dati facoltativi)

**il quale ha ridotte capacità deambulatorie;**

per suo nome e conto **CHIEDIAMO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

rilascio nuovo permesso                       rinnovo permesso n. \_\_\_\_\_

**Dichiaro** infine di avere preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile sul sito [www.comune.sarnonico.tn.it](http://www.comune.sarnonico.tn.it) e presso lo sportello.

**ALLEGRO**: - verbale della commissione medica integrata o certificato medico in originale  
- originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

**SPAZIO RISERVATO ALL'UTENTE PER EVENTUALI DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE:**

---

---

---

---

Il sottoscritto è consapevole che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46, 47, 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei propri riguardi le sanzioni previste dal codice Penale e delle leggi speciali in materia; è altresì consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00.

Data,    ...../...../.....

**Firma leggibile** \_\_\_\_\_

**Firma leggibile** \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

## Documenti da allegare alla domanda

### RICHIESTA NUOVO PERMESSO

- avere un **documento di identità** in corso di validità
- **verbale della commissione medica legale integrata ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012**, dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno, o **certificato medico in originale** rilasciato dal medico dell'APSS di appartenenza, dalla quale risulti che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha titolo ai sensi dell'art. 381 DPR 495/92.
- **Una foto a colori**, formato tessera, **dell'avente diritto**

### RICHIESTA RINNOVO PERMESSO

- **Vecchio permesso in originale**
- **Documento di identificazione** in corso di validità
- **Certificato del medico di base in originale** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio
- **Una foto a colori**, formato tessera, **dell'avente diritto** (recente, non quella del precedente tesserino)

**N.B.** I rinnovi vengono effettuati solo se il certificato dell'ufficio medico-legale dell'APSS è stato rilasciato senza limiti. I permessi rilasciati a fronte di un certificato con periodo limitato (esempio due anni), non sono rinnovabili ed è quindi necessario chiedere un nuovo permesso effettuando una nuova visita prenotando al 0463/660369.

Spazio riservato all'ufficio

---

---

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO PERMESSI (NON COMPILARE)

**RICHIEDENTE/DELEGATO** identificato dall'impiegato addetto al servizio in base a:

- DOCUMENTO di identità o di riconoscimento \_\_\_\_\_
- CONOSCENZA PERSONALE

Dubbi emersi sulla veridicità delle dichiarazioni (ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000):

<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> - (controlli a campione)
<input type="checkbox"/>	<b>Sì</b> - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

Data...../...../.....

Firma dell'impiegato addetto \_\_\_\_\_