



COMUNE DI VILLACIDRO
PROVINCIA del MEDIO CAMPIDANO
SERVIZIO DI POLIZIA MUNICIPALE- SUAP – COMMERCIO

COMUNE DI VILLACIDRO
Al Servizio Polizia Municipale
Piazza Municipio, 1
Tel. 07093442282 – Fax 0709316066
e-mail: protocollo.villacidro@pec.it

OGGETTO: Contrassegno invalidi - Autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide (FIGLI)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a Villacidro in via/piazza _____ n° _____
codice fiscale _____

dichiara

sotto la propria personale responsabilità che il/la proprio/a figlio/a o tutelato

nato a _____ il _____/_____/_____
codice fiscale _____ ha capacità di deambulazione sensibilmente
ridotta e pertanto

CHIEDE

- Rilascio
- Rinnovo concessione n. _____ del _____
- Duplicato concessione n. _____ del _____

dell'autorizzazione per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta dei veicoli a servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Documentazione da allegare:

- Per il rilascio di un nuovo permesso: certificato medico-legale dell'ASL competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stata espressamente accertato l'effettiva capacità di deambulazione ridotta,
- Solo in caso di rinnovo di permesso definitivo: certificato del medico curante

Data _____ Il dichiarante _____

Dichiara altresì di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, e successive modificazioni, compresa la legge 196 del 2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Il dichiarante _____

Si autorizza inoltre l'utilizzo del numero di telefono indicato per le comunicazioni anche eventualmente via sms di cui alla legge 150/2000.

Firma _____

Spazio riservato all'ufficio

Concessione n° _____ del _____
Prot. n. _____ del _____