

	<p style="text-align: center;">DISABILE BOLLO ESENTE (per queste autorizzazioni non occorrono marche da bollo)</p>	<p style="text-align: center;">protocollo</p>	
<p style="text-align: center;">RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE</p>			

N.B. La presente richiesta dovrà essere compilata in stampatello e presentata con il congruo anticipo.

L'Ufficio è aperto al pubblico il lunedì dalle 08:30-13:30, il martedì pomeriggio 15:30-17:30, il venerdì dalle 08:30-13:30

Il/La sottoscritto/a¹

CHIEDE

il **RILASCIO** dell'autorizzazione **PERMANENTE (validità 5 anni)**, per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come previsto dall'articolo 188 del D. Lgs. n° 285/92 così come certificato dal medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza.

il **RILASCIO** dell'autorizzazione **TEMPORANEA (indicare numero MESI)**, per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come previsto dall'articolo 188 del D. Lgs. n° 285/92 così come certificato dal medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza. Indicare il **periodo di validità** così come certificato dal medico-legale.

il **RINNOVO** dell'autorizzazione² permanente (validità 5 anni) n°

il **RILASCIO DUPLICATO***** dell'autorizzazione² n°

smarrita deteriorata

l'**ADEGUAMENTO** alla normativa vigente dell'autorizzazione² n°

scade il

di **DELEGARE** al ritiro dell'autorizzazione richiesta il/la Sig./Sig.ra _____
Documento di riconoscimento³: _____ N. documento: _____

DICHIARA

(dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà – artt. 46 e 47 DPR n° 445/2000)

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445/2000 nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

(art. 75 DPR n° 445/2000):

1) di essere nato/a a _____ in data _____
Codice Fiscale/@ _____ Tel./@ _____

2) di essere residente a **FANO** in via/piazza _____ n.c. _____

3) di essere titolare di patente di guida: NO SI

4) di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 381, comma 3, del DPR n° 495/92 per ottenere la relativa autorizzazione;

5) ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n° 196/2003 s.m.i., di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

6) di impegnarsi a comunicare le eventuali successive, modifiche e integrazioni dei dati sopraindicati che portano al rilascio della relativa autorizzazione.

Fano, li _____/_____/_____

firma del dichiarante/richiedente/disabile

IN ALLEGATO:

- fotocopia documento di riconoscimento;
- n° 2 (due) foto tessere uguali, a colori e recenti del disabile;
- certificato del medico-legale dell'ASUR in caso di **PRIMA RICHIESTA** autorizzazione **PERMANENTE** con validità 5 anni e in tutti i casi di autorizzazioni **TEMPORANEE** con validità inferiore ai 5 anni.
(cfr. articolo n.381 del Codice della Strada)

INFORMAZIONI UTILI DOVE RECARSI PER IL CERTIFICATO DEL MEDICO LEGALE dell'ASUR:
l'ufficio del medico-legale è presso il Distretto di Fano in via Canale Albani/via IV Novembre (Palazzo di vetro)
con i seguenti orari: lunedì-mercoledì-venerdì dalle 08:30 alle 12:00 e giovedì pomeriggio dalle 15:30 alle 16:30

- oppure copia del verbale della commissione medica integrata e atto di notorietà.
(Le attestazioni medico legali richieste possono essere sostituite dal verbale della commissione medica integrata, il quale viene presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità dell'originale, cfr. Legge 4 aprile 2012, n. 35, **il quale dovrà fare chiaro riferimento all'art. n.381 del Codice della Strada**)
- certificato del medico di base in caso di **RINNOVO** di autorizzazione permanente con validità 5 anni.
Nel certificato del medico di base dovrà essere presente la seguente dicitura:
"Si certifica che nel paziente (nome e cognome del disabile) persiste la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come certificato originariamente e in modo permanente dal medico-legale dell'ASUR n°3 di Fano."
(cfr. articolo n.381 del Codice della Strada);
- Riconsegna del contrassegno "parcheggio per disabili" scaduto, rinnovato e/o adeguato:**
 1. a mano presso l'ufficio "Viabilità e Traffico" in via Arco d'Augusto, 81 o Polizia Municipale via Mura Malatestiane, 2
 2. spedire per posta presso via San Francesco d'Assisi, 76 oppure via Mura Malatestiane, 2 Fano (PU)
- ***In caso di smarrimento** dell'autorizzazione e/o contrassegno **copia della denuncia** ai sensi di legge.
In questo caso, previo pagamento dei soli diritti stabiliti dall'Amministrazione comunale per copie e duplicati, avrà diritto all'ottenimento del duplicato dell'autorizzazione originaria su specifica richiesta in carta libera avendo già adempiuto agli obblighi di bollo ed al pagamento delle relative tariffe.
copia del versamento di € (vedi le tariffe di riferimento nel Regolamento comunale)
 - 1) tramite bancomat presso l'ufficio U.O.C. Viabilità e Traffico in via Arco d'Augusto, 81 (ex Tribunale di Fano);
 - 2) oppure bonifico bancario (IBAN: IT 64 Y 05216 24310 000000000003) causale "Tariffa Contrassegno Disabile Fano";
 - 3) eventualmente in contanti recandosi presso "Credito Valtellinese" in piazza XX Settembre a Fano o altre filiali;

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 E D.Lgs 196/2003 s.m.i.

Il trattamento dei dati è finalizzato allo svolgimento del procedimento amministrativo di cui all'oggetto della presente istanza, nell'ambito delle attività che il Comune esegue per legge, nell'interesse pubblico e nell'esercizio dei pubblici poteri. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'instaurazione del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con il presente modulo e saranno elaborati dal personale del Comune, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I vostri dati possono essere comunicati all'esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i., nonché ai richiedenti ai sensi del D.lgs 33/2013. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it Il Comune di Fano è il titolare dei dati. L'informativa completa e i dati di contatto del R.P.D. sono disponibili nel sito del Comune o presso gli appositi uffici

RITIRO AUTORIZZAZIONE

L'Ufficio è aperto al pubblico il lunedì dalle 08:30-13:30, il martedì pomeriggio 15:30-17:30, il venerdì dalle 08:30-13:30

Il/La sottoscritto/a _____ in data _____
dichiara di ritirare la presente autorizzazione
(previa esposizione di un documento di riconoscimento)
in qualità di diretto interessato/delegato.
 In caso di delega allegare la fotocopia del documento di riconoscimento
indicato al momento della richiesta
firma dell'interessato o delegato _____

BOLLO ESENTE
(per queste autorizzazioni
non occorrono marche da bollo)

¹ Le autorizzazioni si rilasciano previa presentazione di richiesta da parte dell'**invalido**;

² Si prega di inserire il NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE (vedi autorizzazione allegata al contrassegno);

³ Si prega di indicare il tipo di documento (carta di identità, patente.....)