



COMANDO POLIZIA MUNICIPALE  
*Comune di Palmi (RC)*  
*Via Papa Giovanni XXIII*  
Tel.096621380 FAX.0966261473

AI SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI PALMI

**OGGETTO: Art. 381 D.P.R. N°495/1992: richiesta rilascio "Contrassegno di parcheggio per disabili"**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ prendendo atto che:

1. i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R n n 495/1992., ai sensi del Dlgs n 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, e saranno archiviati ai fini del controllo e delle gestione degli stessi;

il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l'effetto del non rilascio del permesso,

tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;

l'interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7, 8, 9, 10 del Dlgs. n 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni,

il titolare del trattamento è il Comune di Palmi nella persona del suo legale rappresentante;

il responsabile del trattamento è il **COMANDANTE DELLA POLIZIA MUNICIPALE** ;

**consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n 445/2000**

**DICHIARA**

di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e di essere  
residente a **PALMI** in Via/Piazza \_\_\_\_\_

↳ \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. N°495/1992 ed il contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui alla figura V4 art. 381 D.P.R. N°495/1992, così come modificato dal D.P.R. n°151 del 30/07/2012.

- Primo rilascio
- Rinnovo pass n° \_\_\_\_\_

A tale scopo allega:

1. Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale **ASL** attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
2. Copia di un proprio documento di riconoscimento,
3. n° 2 foto-tessera **RECENTI**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_