

All'Ufficio Polizia Locale
di SUBBIANO

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI UNO STALLO DI SOSTA RISERVATO AGLI
INVALIDI**

(art. 188 del D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 - Codice della Strada; art. 381 del D.P.R. 16
dicembre 1992, n. 495 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a (richiedente):

- Cognome e nome:
- Luogo di nascita: Provincia:
- Data di nascita:/...../.....
- Residenza: Comune di Subbiano – Via/Piazza n.....
- Telefono:
- Documento n, rilasciato da
- in qualità di: ☐ persona titolare del contrassegno invalidi ☐ esercente la responsabilità genitoriale/tutore/amministratore di sostegno

consapevole delle responsabilità penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

CHIEDE

- ☐ l'istituzione di uno stallo di sosta riservato (nominativo) al servizio della persona con disabilità, con apposita segnaletica verticale e orizzontale, in prossimità della residenza/domicilio.
- ☐ l'istituzione di uno stallo di sosta riservato generico (non nominativo) in prossimità della residenza/domicilio, qualora ne ricorrano i presupposti.
- ☐ la modifica/spostamento dello stallo già esistente per mutate esigenze/viabilità.

UBICAZIONE RICHIESTA DELLO STALLO

Via/Piazza n..... (fronte civico/adiacenze)
Motivazione (es. assenza di garage/posto auto privato, difficoltà di accesso, necessità di
prossimità):
.....
.....

DATI DEL CONTRASSEGNO E DEL VEICOLO

Numero contrassegno invalidi: Data scadenza:
...../...../.....

Veicolo abitualmente al servizio dell'interessato/a (targa):

Ulteriore targa (facoltativa):

EVENTUALE DELEGA

Il/La sottoscritto/a delega il/la Sig./Sig.ra

Cognome e nome:

Documento n, rilasciato da

alla consegna della presente domanda e al ritiro di eventuali comunicazioni/atti connessi.

ALLEGATI (obbligatori)

- ☐ Copia del Contrassegno speciale di circolazione (fronte/retro) oppure copia della domanda di rilascio/rinnovo in corso
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente
- ☐ Certificazione/verbale attestante lo stato di disabilità e la ridotta o impedita capacità di deambulazione (ASL/INPS)
- ☐ Eventuale delega e documento di identità del delegato (se presente)
- ☐ Eventuale documentazione fotografica/planimetria a supporto (facoltativa)

CLAUSOLA DI RESPONSABILITÀ E CONTROLLI

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e che lo stallo richiesto è necessario per agevolare gli spostamenti della persona con disabilità. L'Amministrazione Comunale si riserva la facoltà di effettuare sopralluoghi, controlli e verifiche. In caso di dichiarazioni non veritiere o utilizzo improprio, il beneficio potrà essere revocato, fatta salva l'applicazione delle sanzioni amministrative e penali previste dalla normativa vigente.

AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Luogo e data: Subbiano, ____ / ____ / ____

Firma del richiedente

Firma del delegato

Ufficio Polizia Locale – Comune di Subbiano (AR)

Tel.: 0575/421725 - 26

e-mail: poliziale@comune.subbiano.ar.it

PEC: c.subbiano@postacert.toscana.it

via Garibaldi n° 1

52010 Subbiano (AR)

Codice univoco: **UFPX2Z**

c.f. / P. IVA: **00274760511**