



Comune di Modena

**Al Comune di Modena
Servizio Tributi - Ufficio ZTL - DLT - Invalidi**

Via Santi 40 - 41123 Modena
Tel 059 2032031 / 3906 / 3907
Fax 059 2033688



Richiesta **duplicato** **rinnovo** **variazione aut. INVALIDI - DPR 495/92 e s.m. e i.**

Il/la sottoscritto/a _____

Sesso M / F nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ in via _____ n _____ int _____

Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____

E.mail _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

in nome e per conto PROPRIO;

dichiarando di agire in qualità di *(dichiarazione resa ai sensi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa -D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la propria personale responsabilità)*

FAMILIARE CONVIVENTE

ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'

FAMILIARE NON CONVIVENTE

ALTRO: _____

TUTORE (indicare gli estremi dell'atto) _____

in nome e per conto DI (richiedente l'autorizzazione impossibilitato a firmare):

Il/la sottoscritto/a _____

Sesso M / F nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ in via _____ n _____ int _____

Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____

E.mail _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

valendosi della disposizione di cui all'art. 46 del DPR n.445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1) di essere **titolare** dell'autorizzazione **invalidi** n. _____ del _____ con scadenza il _____ rilasciata dal Comune di _____

2) di essere portatore/trice di deficit deambulatorio, così come risultante dal **certificato sanitario attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciato dall'Azienda USL**, come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada;

3) di essere consapevole che l'autorizzazione è strettamente personale e che l'uso del contrassegno è consentito solo in presenza dell'invalido;

4) di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio Tributi – Ufficio Autorizzazioni ZTL / DLT / INVALIDI ogni futura variazione a quanto riportato nella presente richiesta;

CHIEDE

- il duplicato del contrassegno dell'autorizzazione
- il rinnovo dell'autorizzazione
- la variazione dell'autorizzazione per :

- variazione di **INDIRIZZO ABITAZIONE**;
- variazione di **TARGA VEICOLI**:

VEICOLI DA INSERIRE - Si dichiara di avere effettuato il **controllo annuale dei gas di scarico e la revisione** come da normativa vigente

a) targa _____ marca _____ modello _____ Classe Euro _____

alimentato a: benzina GPL gasolio metano elettrico ibrido

in proprietà/comproprietà di: _____

b) targa _____ marca _____ modello _____ Classe Euro _____

alimentato a: benzina GPL gasolio metano elettrico ibrido

in proprietà/comproprietà di: _____

VEICOLI DA TOGLIERE

1. targa _____ 2. targa _____ 3. targa _____ 4. targa _____

VEICOLI INVARIATI

1. targa _____ 2. targa _____ 3. targa _____ 4. targa _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 che: 1. i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per cui sono resi; 2. tali dati potranno essere impiegati o comunicati ad altri soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano; 3. su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del sopra citato D.Lgs.. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio Tributi.

A tal fine allega:

- Autorizzazione cartacea in **ORIGINALE** o dichiarazione di furto/smarrimento;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità (solo se la firma non è apposta davanti all'operatore dell'Ufficio);
- Delega e documento di identità del delegante o altra documentazione equivalente (solo se la domanda viene presentata e/o l'autorizzazione viene ritirata da un soggetto **NON** convivente con il titolare dell'autorizzazione);
- Documentazione attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta; di norma:
 - certificato sanitario rilasciato dal medico curante** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada; **(se l'autorizzazione di cui si chiede il rinnovo ha validità di 5 anni)**
 - certificato sanitario rilasciato dall'Azienda USL** di Modena – Servizio Igiene Pubblica – Ufficio Disabilità (AUSL Modena – Via Martiniana 21 – Baggiovara) previa prenotazione della visita presso il CUP o nelle Farmacie convenzionate **(se l'autorizzazione di cui si chiede il rinnovo ha validità inferiore a 5 anni).**

Il/la richiedente (firma leggibile)

Modena, li _____
