

ATTO NOTORIO

(da usarsi solo per richieste/rinnovi di contrassegno di parcheggio per disabili con validità quinquennale)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
e residente in _____
via/piazza _____ n. _____

in qualità di richiedente dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'art. 381 D.P.R. 495/92 (Reg. esecuzione Codice della Strada), al fine di ottenere il rilascio di quanto sopra menzionato, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità e consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false previste dall'art. 496 C.P. e dall'art. 76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

che la certificazione della commissione medica integrata o la certificazione ai sensi della L. 104/92 (ASL) o la certificazione della L. 102/09 (INPS) allegata alla presente istanza rilasciata in data

_____ è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato NON è stato revocato, sospeso o modificato.

che ai sensi dell'art. 6, comma 3, della legge n. 80 del 9 Marzo 2006 di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap in quanto affetto da patologia invalidante elencata nell'allegato della citata legge, per i quali resta comunque necessaria l'esibizione di documenti di comprova presso gli uffici di rilascio.

Le sopra indicate certificazioni sono utilizzabili **SOLO SE VI È INDICATO ESRESSAMENTE** che la persona ha "CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA" (Art. 381 del Reg. al C.D.S. e Art. 12 D.P.R. 503/96)

Addì _____

(firma per esteso e leggibile)

=====

La presente dichiarazione è rilasciata al fine di ottenere il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili. Le informazioni riportate nell'atto sono ad uso esclusivo della Pubblica Amministrazione.

Allegato copia del documento d'identità

La firma è stata apposta alla presenza del sottoscritto Pubblico Ufficiale

addì _____

Il Funzionario Incaricato
