

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Valle d'Aosta<br><br>Ufficio destinatario |  |
|--|---|--|

## Domanda di realizzazione e assegnazione di area di sosta per disabili

***Ai sensi dell'articolo 381, comma 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495***

| Il sottoscritto   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
|---|--------|------------------|------------------|-----------------------------|---------------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome   |        |                  | Nome             |                             |                     | Codice Fiscale                |       |         |                          |     |
|   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita   |        | Sesso            | Luogo di nascita |                             |                     | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
|   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
| Residenza   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
| Provincia   | Comune |                  | Indirizzo        |                             | Civico              | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare  |        | Telefono fisso   |                  | Posta elettronica ordinaria |                     | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
| titolare di permesso per la circolazione e la sosta dei disabili permanente |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |
| Numero  |        | Data di rilascio |                  |                             | Ente di riferimento |                               |       |         |                          |     |
|   |        |                  |                  |                             |                     |                               |       |         |                          |     |

### CHIEDE

la realizzazione e l'assegnazione di un'area di sosta per disabili

|                       |                                 |                 |                |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|
| <input type="radio"/> | per conto della propria persona |                 |                |
| <input type="radio"/> | per conto di                    |                 |                |
|                       | Cognome                         | Nome            | Codice Fiscale |
|                       |                                 |                 |                |
|                       | Sesso                           | Data di nascita | Cittadinanza   |
|                       |                                 |                 |                |
|                       | In qualità di (*)               |                 |                |
|                       |                                 |                 |                |

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

| nei pressi                 |   |        |           |        |         |       |
|----------------------------|---|--------|-----------|--------|---------|-------|
| Collocazione area di sosta |   |        |           |        |         |       |
| <input type="radio"/>      | della propria residenza                           |        |           |        |         |       |
| <input type="radio"/>      | del proprio luogo di lavoro, collocato in         |        |           |        |         |       |
|                            | Provincia   | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Piano |
|                            |   |        |           |        |         |       |
| <input type="radio"/>      | nell'abitazione collocata in                      |        |           |        |         |       |
|                            | Provincia   | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Piano |
|                            |   |        |           |        |         |       |
|                            | eletta a proprio domicilio per il seguente motivo |        |           |        |         |       |
|                            | Motivazione                                       |        |           |        |         |       |
|                            |   |        |           |        |         |       |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

che l'intestatario del permesso per la circolazione e la sosta dei disabili permanente

- ☒ è in possesso del contrassegno invalidi come sopra specificato
- ☒ ha diritto all'assegnazione dello spazio parcheggio personalizzato come da certificato rilasciato dall'autorità sanitaria competente
- ☒ rientra nelle condizioni di salute di cui all'articolo 188 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285 e all'articolo 381, comma 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495
- ☒ dispone del seguente veicolo proprio oppure messo a disposizione da un componente del nucleo familiare

| Tipo | Modello | Targa |
|------|---------|-------|
|      |         |       |

- ☐ non dispone di una garage o posto auto privati nei presso del luogo dove viene richiesta l'area di sosta, oppure non può utilizzare il garage o il posto auto privato in quanto non raggiungibile con gli strumenti atti alla deambulazione

|                              |
|------------------------------|
| <b>Eventuali annotazioni</b> |
|                              |

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☒ mappa della zona interessata dall'installazione
- ☐ copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|              |             |                       |
|--------------|-------------|-----------------------|
|              |             |                       |
| <b>Luogo</b> | <b>Data</b> | <b>Il dichiarante</b> |