

RICHIESTA AREA DI SOSTA RISERVATA PER DISABILI

PROTOCOLLO

**Al Sig. SINDACO del Comune di Molfetta
per il tramite del Comando di P.M.
SEDE**

Il/La sottoscritto/a _____
C.F. _____ nato/a a _____ il / /
residente a _____ via _____
nc. _____ tel. _____ o cell. _____ (obbligatorio)
(da compilarsi solo nel caso in cui si intenda richiedere lo stallo in prossimità del luogo di lavoro)
con attività lavorativa in Via _____ presso _____

CHIEDE A CODESTA AMMINISTRAZIONE

☐ la possibilità di istituire un'area riservata alla sosta di veicoli nel comune di Molfetta al servizio di disabili, ai sensi degli artt. 7, e 188 del D. Lgs. del 30.04.1992 n. 285 e dell'art. 381 del D.P.R. 495/92, aggiornato con D.P.R. 610/96, di tipo:

- ☐ GENERICO ☐ PERSONALIZZATO da realizzarsi nelle vicinanze :
☐ della abitazione in via/piazza
☐ del luogo di lavoro in via Piazza

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

DICHIARA CHE

(barrare le dichiarazioni relative alla propria situazione)

- ☐ di essere in possesso del contrassegno invalidi n. _____ rilasciato in data _____
dal Sindaco del Comune di _____ ;
☐ di essere abilitato/a alla guida;
☐ di disporre di un veicolo;
☐ di non disporre di una autorimessa o posto auto privato nei pressi del luogo ove viene richiesto lo spazio di sosta nel raggio di mt. 150;
☐ di svolgere la propria attività lavorativa continuativa in via / piazza _____ ;
☐ la disabilità accertata consente una deambulazione - seppur per brevi tratti - autonoma , senza l'utilizzo di ausili;
☐ la disabilità accertata consente la deambulazione con bastoni, tripodi, stampelle ecc;
☐ la disabilità accertata consente gli spostamenti su carrozzina manuale/motore;
☐ il/la richiedente è cieco/a.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che è facoltà dell'Amministrazione Comunale porre in essere accertamenti per la verifica delle circostanze dichiarate.

L'istanza non sarà presa in esame nel caso in cui il/la richiedente, disponga di un box o posto macchina nel proprio condominio, in zone limitrofe, o comunque nel raggio di mt. 150 dal quale l'interessato/a possa raggiungere la propria abitazione.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia in busta chiusa, fronte e retro contrassegno invalidi n. _____ in corso di validità;
2. fotocopia, in busta chiusa della certificazione L. 104/92 rilasciata dall'ASL che attesti la sensibile riduzione motoria;
3. fotocopia della patente di guida o della patente speciale (se posseduta), in corso di validità dell'avente titolo;
4. fotocopia libretto di circolazione autovettura di proprietà del disabile;
5. fotocopia in busta chiusa, del verbale integrale di visita della commissione invalidi civili;
6. fotocopia in busta chiusa, di ev. altra documentazione medica probante la particolare gravità della condizione di invalidità, per cui la deambulazione risulti praticamente impedita.
7. fotocopia documento d'identità, in corso di validità del sottoscrittore;

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 76 e 78 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

Qualora cessino per qualsiasi motivo di sussistere le condizioni per le quali è stata concessa l'area di sosta riservata, è fatto obbligo al richiedente, o chi per esso, di darne comunicazione scritta entro 15 gg. da consegnare presso gli Uffici di T.A./P.E./P.C./P.G. siti presso il Comando di Polizia Locale-Municipale di Molfetta, siti in Piazza Vittorio Emanuele civ. 9 al piano primo, al fine di non incorrere nelle sanzioni di Legge previste.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del medesimo D. Lgs.

Molfetta, lì

(Il richiedente)

FIRMA