



COMUNE DI MAMOIADA

Provincia di Nuoro

Corso Vittorio Emanuele III,50 – C.F. 93002340912 – Tel. 0784056023 C.C.P. n° 12201083

e-mail info@comune.mamoiada.nu.it PEC protocollo.mamoiada@pec.comunas.it

Al Responsabile del Servizio AAGG
Del Comune di Mamoiada

RICHIESTA TESSERINO AUTORIZZAZIONE PARCHEGGIO INVALIDI (Dpr 495/92 e s. m. e i.)

Il Sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ in via _____

Tel _____ email _____

IN NOME E PER CONTO PROPRIO;

dichiarando di agire in qualità di:

- FAMILIARE CONVIVENTE**
- FAMILIARE NON CONVIVENTE**
- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**
- ALTRO** _____
- TUTORE** (indicare gli estremi dell'atto) _____

Di _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ in via _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione disabili di cui al D.lgs. 30/04/1992 n°285 (art.188 C.d.s.) e al DPR 495/92 es. m. e i.

A tal fine allega:

- Una fototessera recente del titolare l'autorizzazione (da applicare sul retro dell'autorizzazione in base al DPR n° 151 del 30 luglio 2012 "Contrassegno di parcheggio per disabili" europeo);
- Documentazione attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta: certificato sanitario rilasciato dall'ATS – Servizio igiene pubblica-.
- Dichiara inoltre di aver letto e di accettare l'informativa privacy consultabile nel sito istituzionale del comune di Mamoiada al seguente indirizzo:

<https://www.comune.mamoiada.nu.it/ente/trasparenza/15014>

Il richiedente (firma leggibile)

Mamoiada, li _____
