

AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE

Per ottenere la certificazione sanitaria a cura del proprio medico curante, prescritta per il rinnovo quinquennale della autorizzazione, l'interessato presenterà allo stesso sanitario copia della certificazione rilasciata dal medico dell' U.O. di Medicina Legale della A.S.L. TO3 all' atto della richiesta di autorizzazione (conservare copia fotostatica del documento).

Alla scadenza del termine di autorizzazione temporanea o all' atto della richiesta di rinnovo della stessa quando rilasciata a tempo indeterminato, l'interessato dovrà in ogni caso provvedere alla riconsegna del contrassegno di autorizzazione all' ufficio che l' ha rilasciato.

Ai sensi della L. 267/00 si comunica che i termini per il rilascio dell' autorizzazione o della formale comunicazione di diniego, sono stabiliti in giorni trenta dalla data di presentazione della domanda, la responsabile del procedimento è la Dr.ssa Lorenzino Annamaria.

La presente autorizzazione consente la sosta nelle aree a parcheggio riservate a veicoli al servizio di persone diversamente abili; la sosta nelle aree di sosta a tempo determinato senza limiti di tempo; l' accesso nelle zone a traffico limitato e alle aree pedonali urbane, se espressamente previsto; di far uso delle strutture previste per i veicoli al servizio di persone diversamente abili.

L' autorizzazione è resa visibile mediante l' apposito contrassegno che dovrà sempre essere esposto sulla parte anteriore del veicolo utilizzato.

Il contrassegno è strettamente personale, non è vincolato a veicolo specifico ed ha valore su tutto il territorio nazionale.

Il titolare è tenuto ad attenersi agli eventuali limiti e prescrizioni imposti dagli enti proprietari della strada.

L' inosservanza delle norme che disciplinano l' uso della autorizzazione in questione comporta violazione ai sensi dell' art. 188 del D.lvo 285/92 "Nuovo Codice della Strada", fatto salvo per eventuali altre violazioni, anche di carattere penale.

INFORMATIVA PRIVACY.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti. La comunicazione e la diffusione ad enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati o enti pubblici economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o regolamento. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso. Il titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è il Sindaco del Comune di San Germano Chisone.



COMUNE DI SAN GERMANO CHISONE

PROVINCIA DI TORINO

Tel. 0121/58601

fax 0121/58607

via Scuole, 9

email: vigili.san.germano.chisone@reteunitaria.piemonte.it

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI.

(Art. 188 D.lvo 285 del 30/04/92 v"Nuovo Codice della Strada")

Esente da bollo ai sensi D.M. 106 del 20/08/92 Min. Finanze

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
in data _____ e residente in San Germano Chisone in via _____,
consapevole delle sanzioni in cui incorre, ai sensi del DPR 445/00, in caso di falsa o mendace
dichiarazione, prima tra tutti la decadenza del beneficio concesso, ai sensi dell' art. 381 del
DPR 495/92,

CHIEDE

- per se stesso
- per il/la Sig./ra _____ nato/a _____
in data _____ e residente in San Germano Chisone in via _____
- il rilascio della relativa autorizzazione, valida a tempo indeterminato** e soggetta a
rinnovo quinquennale, allegando certificazione della Commissione Medica per l' accertamento
delle invalidità civili.
- il rilascio di autorizzazione temporanea** con scadenza il _____, allegando
certificazione medica rilasciata il _____ da medico della u.o. "Medicina Legale" della
A.S.L. TO3.
- il rinnovo della autorizzazione n° _____** rilasciata il _____ dal Sindaco del
Comune di _____ allegando certificazione rilasciata dal medico curante in
data _____ a conferma della persistenza delle condizioni sanitarie che avevano
originato il rilascio (solo per autorizzazioni rilasciate a tempo indeterminato da certificazioni del
Medico Legale della A.S.L.)
- il duplicato del contrassegno n° _____** rilasciato da codesto Comune in quanto

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- 1) di non essere titolare di analogo contrassegno rilasciato da altro Comune;
- 2) di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a codesto
Comune in caso in caso di trasferimento di residenza in altro Comune;
- 3) di essere a conoscenza che in caso di scorretto uso del contrassegno il medesimo sarà
oggetto di ritiro da parte di Agenti accertatori ed alla relativa sospensione.

San Germano Chisone lì _____

Il/La richiedente
