|  |  |
| --- | --- |
| **AL SIGNOR SINDACO**  **COMUNE DI PONTINIA** | |
| **COMANDO POLIZIA MUNICIPALE** | |
|  | |
| **OGGETTO: richiesta contrassegno parcheggio disabili:**  **(ai sensi dell’art. 188 del CDS e art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione e attuazione e ss.mm.ii.)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………….. | | | | Nato/a a ………………………… | (Prov.) ………………. | Il …………………………………………….. | | Residente in Pontinia Via …………………………………. nr. …………… Tel. …………………………… | | | | |
| **In qualità di: genitore/tutore legale/esercente la patria potestà di:**  ………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nato/a a ………………………... | (Prov.) …………………………………. | Il ……………………….. | | | Residente in Pontinia Via …………………………………. nr. …………… Tel. …………………………… | | | | |
| **CHIEDE** | |
|  | **RILASCIO** del contrassegno parcheggio per disabili |
| **N.B. allegare originale della certificazione medica rilasciata dalla ASL di appartenenza e nr.1 fototessera del titolare;** | |
|  | |
|  | **RINNOVO** del contrassegno parcheggio per disabili nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N.B. nel caso che nel 1° certificato medico rilasciato dalla ASL sia indicata la data di revisione, è necessario richiedere nuova certificazione al medico legale presso la ASL di appartenenza e allegarla in originale insieme al contrassegno scaduto e nr.1 fototessera del titolare;** | |
|  | |
|  | **DUPLICATO** del contrassegno parcheggio per disabili nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N.B. allegare nr.1 fototessera del titolare;** | |
| Specificare i motivi per cui si richiede il duplicato(furto, smarrimento, tesserino deteriorato o illeggibile): | |
|  | |
| A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, che è persona con capacità di deambulazione ridotta, come da certificazione medica rilasciata dalla ASL di appartenenza o dal medico curante. | |
|  | |
| **DELEGA AL RITIRO** (allegare copia documento del richiedente) | |
| Delego al ritiro del contrassegno il/la sig./ra …………………………………………………………………….. | |
| Nato/a a …………………………………………...(Prov.) ……………… il ……………………..…….………… | |
| Residente in Pontinia Via ……………………………………………………........................ nr. ……….……… | |

Pontinia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

Il richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_