
	DISABILE (MINORE e/o CON TUTORE) <i>NON occorrono marche da bollo</i>		
	TUTORE O ESERCENTE LA POTESTÀ PARENTALE	protocollo	
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE			

L'ufficio è aperto al pubblico il venerdì e il lunedì dalle 08:30 alle 13:30 e il martedì pomeriggio dalle 15:30 alle 17:30
La presente richiesta va presentata con il congruo anticipo. Info telefoniche 0721887408_0721887211_0721887290_0721887238
L'ufficio è aperto al pubblico fuori orario previo appuntamento con un responsabile:
vico.fiorani@comune.fano.pu.it oppure beatrice.gambini@comune.fano.pu.it

II/La sottoscritto/a¹

CHIEDE

<input type="checkbox"/>	il RILASCIO dell'autorizzazione PERMANENTE (validità 5 anni) , per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come previsto dall'articolo 188 del D. Lgs. n° 285/92 così come certificato dal medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza.
<input type="checkbox"/>	il RILASCIO dell'autorizzazione TEMPORANA (indicare numero MESI) , per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come previsto dall'articolo 188 del D. Lgs. n° 285/92 così come certificato dal medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza. (Indicare il periodo di validità così come certificato dal medico-legale)
<input type="checkbox"/>	il RINNOVO dell'autorizzazione ² permanente (validità 5 anni) n°
<input type="checkbox"/>	il RILASCIO DUPLICATO*** dell'autorizzazione ² n°
<input type="checkbox"/>	l'ADEGUAMENTO alla normativa vigente dell'autorizzazione ² n°

di DELEGARE al ritiro dell'autorizzazione richiesta il/la Sig./Sig.ra
Documento di riconoscimento³: N. documento:

DICHIARA

(dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà – artt. 46 e 47 DPR n° 445/2000)

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445/2000 nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR n° 445/2000):

- 1) di essere nato/a a in data
Codice Fiscale Tel.
- 2) di essere residente a in via n.c.
- 3) di presentare domanda in qualità di:

<input type="checkbox"/>	TUTORE come da decreto di nomina del Tribunale di in data e verbale di giuramento in data
<input type="checkbox"/>	ESERCENTE LA POTESTÀ PARENTALE

Indicare i dati della persona soggetta da invalidità:

Nome	Cognome
nato a il	Codice fiscale
residente a Fano in via/piazza	n.c.

- 4) che il disabile si trova nelle condizioni previste dall'art.381, del DPR n° 495/92 per ottenere la relativa autorizzazione;
- 5) ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n° 196/2003 s.m.i., di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- 6) di impegnarsi a comunicare le eventuali variazioni dei dati sopraindicati che portano al rilascio della relativa autorizzazione.

Fano, lì / /

.....
firma del dichiarante/richiedente

IN ALLEGATO:

- fotocopia documento di riconoscimento;
- n° 2 (due) foto tessere uguali, a colori e recenti del disabile;
- certificato del medico-legale dell'ASUR in caso di **PRIMA RICHIESTA** autorizzazione **PERMANENTE**, con validità 5 anni e in tutti i casi di autorizzazioni **TEMPORANEE** con validità inferiore ai 5 anni.
(cfr. articolo n.381 del Codice della Strada)

INFORMAZIONI UTILI DOVE RECARSI PER IL CERTIFICATO DEL MEDICO LEGALE dell'ASUR:

l'ufficio del medico-legale è presso il Distretto di Fano in via Canale Albani/via IV Novembre, 63 (palazzo di vetro) con i seguenti orari: lunedì-mercoledì-venerdì dalle 08:30 alle 12:00 (eventualmente prenotazione tramite CUP)

- oppure copia del verbale della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità.
(il verbale della commissione medica dovrà fare chiaro riferimento all'art. n.381 del Codice della Strada)
- oppure certificato del medico di base in caso di **RINNOVO** di autorizzazione permanente con validità 5 anni. Nel certificato del medico di base dovrà essere presente la seguente dicitura:
"Si certifica che nel paziente (nome e cognome del disabile) persiste la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta come certificato originariamente e in modo permanente dal medico-legale dell'ASUR n°3 di Fano."
(cfr. articolo n.381 del Codice della Strada)
- Riconsegna del contrassegno "parcheggio per disabili" scaduto, rinnovato oppure per decesso del disabile:**
 1. presso l'ufficio "Viabilità e Traffico" in via Arco d'Augusto, 81 o Polizia Locale via Mura Malatestiane, 2, Fano (PU)
 2. tramite posta presso Comune di Fano via San Francesco d'Assisi, 76, Fano (PU)
- ***In caso di smarrimento dell'autorizzazione e/o contrassegno copia della denuncia ai sensi di legge.**
In questo caso, previo pagamento dei soli diritti stabiliti dall'Amministrazione comunale per copie e duplicati, avrà diritto all'ottenimento del duplicato dell'autorizzazione originaria su specifica richiesta in carta libera avendo già adempiuto agli obblighi di bollo ed al pagamento delle relative tariffe. Copia del versamento 10€ (dieci):
 - 1) tramite bancomat presso l'ufficio **U.O.C. Viabilità in via Arco d'Augusto, 81** (ex Tribunale di Fano);
 - 2) tramite il sistema "PagoPa" con l'indicazione, da parte del responsabile, dei canali di pagamento disponibili: (tabaccaio, ricevitoria; home banking cbill; app mobile; phone banking, ATM), causale "tariffa comunale ZTL Fano";

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 E D.Lgs 196/2003 s.m.i.

Il trattamento dei dati è finalizzato allo svolgimento del procedimento amministrativo di cui all'oggetto della presente istanza, nell'ambito delle attività che il Comune esegue per legge, nell'interesse pubblico e nell'esercizio dei pubblici poteri. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'instaurazione del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con il presente modulo e saranno elaborati dal personale del Comune, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I vostri dati possono essere comunicati all'esterno a soggetti nominati responsabili del trattamento per svolgere il servizio e ai soggetti che ne abbiano interesse ai sensi della legge 241/1990 e s.m.i., nonché ai richiedenti ai sensi del D.lgs 33/2013. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. Del Reg. UE 679/2016: www.garanteprivacy.it Il Comune di Fano è il titolare dei dati. L'informativa completa e i dati di contatto del R.P.D. sono disponibili nel sito del Comune o presso gli appositi uffici

*L'ufficio è aperto al pubblico il venerdì e il lunedì dalle 08:30 alle 13:30 e il martedì pomeriggio dalle 15:30 alle 17:30
La presente richiesta va presentata con il congruo anticipo. Info telefoniche 0721887408_0721887211_0721887290_0721887238*

Il/La sottoscritto/a dichiara di ritirare il contrassegno e l'autorizzazione
(previa esposizione di un documento di riconoscimento) in data diretto interessato delegato.

PS: SI PREGA DI RESTITUIRE IL VECCHIO CONTRASSEGNO N. _____

firma dell'interessato o delegato

- In caso di delega allegare la fotocopia del documento di riconoscimento indicato al momento della richiesta**

¹ Tutore o esercente la potestà parentale;

² Si prega di inserire il NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE (vedi autorizzazione allegata al contrassegno);

³ Si prega di indicare il tipo di documento (carta di identità, patente, etc...)