



INSERVICE SOC. COOP.
VIA R. LIVATINO, 1/E
42040 CAMPEGINE (RE)

PER APPUNTAMENTO Tel. 0523.614350

AL COMUNE DI PIACENZA
tramite la ditta **INSERVICE soc. coop.**
UFFICIO PERMESSI Z.T.L.
PIAZZA CITTADELLA – PC

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRANSITO IN ZONA A TRAFFICO LIMITATO PER INVALIDI

Il/la sottoscritto/a (nome dell'invalido/a) _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

abitante in Piacenza, via _____ n. _____

tel _____ cell _____

e-mail _____

chiede il **permesso / il rinnovo dell'autorizzazione n° _____** per la circolazione e la sosta dei veicoli delle persone diversamente abili con capacità di deambulazione ridotta (D.P.R. 16 Dicembre 1992, n. 495 art. 381 comma 4 - Regolamento di esecuzione del Codice della Strada - ART. 381, L. 30.3.1971/118 e D.P.R. 27.4.1978/384) in quanto è impossibilitata all'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico come si evince dal certificato medico, che si allega in copia alla presente, rilasciato dall'A.U.S.L. di Piacenza, come previsto dall'art.381 comma4 del D.P.R. 16.12.1992 n. 495 e successive modificazioni.

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

ALLEGATI DA PRODURRE:

PER NUOVI PASS

- **Allego certificato sanitario rilasciato dal servizio di Medicina Legale IN ORIGINALE (da richiedere all'ASL di Piazzale Milano, 2)**
- **Allego fotocopia documento d'identità della persona invalida.**
- **Allego n. 2 fototessere**
- **Allego fotocopia libretti auto**

PER RINNOVI

- **Restituire PASS ORIGINALE**
- **Allego fotocopia documento d'identità della persona invalida.**
- **Allego n. 1 fototessere**
- **Allego fotocopia libretti auto (Solo in caso di variazione targhe)**

PER IL RILASCIO DEI PASS L'INVALIDO DEVE ESSERE PRESENTE PER EFFETTUARE LA FIRMA DAVANTI ALL'INCARICATO (esonero per casi previsti dalla normativa)

Piacenza, _____

Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

L'Amministrazione Comunale e la ditta INSERVICE SOC. COOP. spa informano, ai sensi dell'art.13 Dgs n. 196/2003, che:

- Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato al rilascio di autorizzazioni al transito;
- Il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria;
- Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza;
- I dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario in relazione ad adempimenti procedurali, ad altri settori dell'Amministrazione Comunale o ad altri soggetti pubblici;
- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art.7 del Dgs. N. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nella ditta INSERVICE SOC. COOP. con sede in VIA R. LIVATINO, 1/E 42040 CAMPEGINE (RE);;
- Il titolare del trattamento è il Comune di Piacenza con sede in Piazza Mercanti n° 2; il responsabile del trattamento è la ditta INSERVICE SOC. COOP. con sede in VIA R. LIVATINO, 1/E 42040 CAMPEGINE (RE);

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni previste dell'art 13 D.Lgs. 196/2003, in relazione al trattamento che il Comune di Piacenza potrà fare in ordine ai dati da me forniti nella presente istanza.

Piacenza, li ____/____/_____

Firma _____

=====

SOLO PER IL RINNOVO DEI PERMESSI PERMANENTI

Da far compilare al proprio medico curante:

Piacenza, li ____/____/_____

Certifico che per il/la sig./sig.ra

nat__ a _____ il ____/____/_____ e

residente a Piacenza in via _____ n°

_____, persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo all'autorizzazione per invalidi n° _____, e che tuttora condizionano l'impossibilità di fruire di mezzi di trasporto pubblico

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 445/2000)

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione veritiera (art. 76 D.P.R. 445/2000). Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs n° 196/2003, avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di Legge (art. 13 D. Lgs. 196/2003)

In riscontro alla individuazione dei due numeri di targa corrispondenti ai veicoli di norma utilizzati per il transito il

sottoscritto (**cognome e nome dell'invalido/a**) _____

residente a Piacenza in via _____ n° _____ dichiaro di voler utilizzare i

seguenti mezzi:

MARCA e TIPO del VEICOLO (1)	
TARGA del VEICOLO	
PROPRIETARIO del VEICOLO	
ALIMENTAZIONE (es:gasolio, benzina, gpl..)	
RESIDENTE IN	
VIA	
RAPPORTO COL TITOLARE DEL CONTRASSEGNO	
MARCA e TIPO del VEICOLO (2)	
TARGA del VEICOLO	
PROPRIETARIO del VEICOLO	
ALIMENTAZIONE (es:gasolio, benzina, gpl..)	
RESIDENTE IN	
VIA	
RAPPORTO COL TITOLARE DEL CONTRASSEGNO	

ATTENZIONE: MASSIMO n° 2 INSERIMENTI DI TARGHE

- NON INSERIRE VEICOLI INTESSTATI A SOCIETA' (SE NON DI PROPRIETA')
- NON INSERIRE VEICOLI CLASSIFICATI AUTOCARRI (SE NON DI PROPRIETA')
- ALLEGARE FOTOCOPIA LIBRETTO AUTO

Letto confermato e sottoscritto

Firma del dichiarante

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA