**Al Responsabile Ufficio Tecnico**

 **Via Municipio n. 1**

 **85050 TITO (PZ)**

**MODULO DI RICHIESTA PERSONE CON LIMITATA O IMPEDITA CAPACITA’ MOTORIA**

**(DPR 16 dicembre 1992 n°495 art. 381)**

La/il sottoscritta/o ………………………………………………………………………………………… nata/o il ………………………………… a …………………………………………………… Prov. ………… residente a ……………………………………………………………………… Via…………………………………………………… n. ………… tel.……………………………, che ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta:

**C H I E D E**

l’assegnazione di uno spazio riservato alla sosta del veicolo adibito al servizio di persone con limitata o impedita capacità motoria *(parcheggio invalidi)* nelle immediate vicinanze della propria abitazione (art.381, comma 50, DPR 495/92).

A tal fine dichiara:

* di essere in possesso del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato/rinnovato dal Comune di Tito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non disporre di un garage o posto auto privato nei presi del luogo ove viene richiesto lo spazio di sosta

Dichiaro inoltre:

* di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall’a rt. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
* di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall’art. 75 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di TITO.

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l’evasione della sua richiesta.

Letta e compresa l’informativa sopra riportata, ai fini del trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate:

* acconsento
* non acconsento

Tito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (firma del richiedente-invalido o rappresentante)