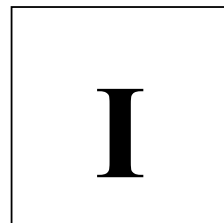




Comune di Ravenna



Il/La sottoscritt _____

Nat ___ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. Cellulare _____ tel. fisso _____

Codice fiscale _____ e-mail _____

disabile residente nel Comune di Ravenna, secondo quanto previsto dagli artt. 7 e 188 del C.d.S. ss.mm.ii. (D. Lgs. 285/92) nonché dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione ed attuazione del C.d.S. ss.mm.ii. (D. Lgs. 285/92)

- rappresentato da persona che agisce in qualità di esercente la responsabilità genitoriale / tutore / familiare / convivente / altro (_____)

_____ nat a _____

il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno tipo I - per i veicoli al servizio delle persone disabili in ZTL, AP, nelle aree riservate e nelle zone regolate da parcometro (con validità in tutto il territorio europeo):

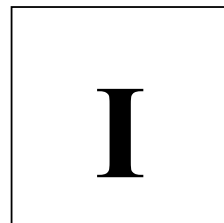
- primo rilascio di contrassegno tipo I - per veicoli al servizio delle persone disabili;
 - validità temporanea (allegare documentazione medica di cui al punto A)
 - validità permanente (5 anni) (allegare documentazione medica di cui al punto A)
- rinnovo di contrassegno tipo I - per veicoli al servizio delle persone disabili scaduto in data _____;
 - validità temporanea (allegare documentazione medica di cui al punto A)
 - validità permanente (5 anni) (allegare documentazione medica di cui al punto B)

E CONTESTUALMENTE COMUNICA

le targhe dei veicoli (massimo 2) abitualmente utilizzati, al fine di consentirne riconoscimento automatico dal sistema elettronico del rilevamento dei transiti in ZTL nel comune di Ravenna



Comune di Ravenna



1° veicolo targato: _____ 2° veicolo targato: _____

Si allega la seguente documentazione:

- documentazione medica (in alternativa tra quelle sotto indicate a seconda del tipo di contrassegno richiesto):
 - A. certificato medico rilasciato presso l'U.O. Igiene e Sanità Pubblica dell'AUSL della Romagna (sito in Via Fiume Abbandonato 134 presso il CMP di Ravenna) che attesti i requisiti necessari;
 - B. certificato del medico curante, che attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno.
- copia della/e carta/e di circolazione del/i veicolo/i sopra indicato/i;
- copia della propria carta d'identità;
- contrassegno scaduto di validità;
- fototessera del richiedente (recente a colori su sfondo bianco).

Data _____

Firma richiedente _____

L'Amministrazione Comunale, per quanto sopra dichiarato, si riserva di effettuare controlli. In caso di comprovata dichiarazione mendace il dichiarante sarà ritenuto penalmente responsabile per quanto dichiarato e sottoscritto.

I dati personali sopra riportati, saranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e per le attività interne previste e consentite dalle normative vigenti, previo consenso sottoscritto dell'interessato.

In caso di rifiuto alla prestazione del consenso non ci sarà possibile erogarle i servizi richiesti.

- Acconsento il trattamento dei dati personali
- Non acconsento il trattamento dei dati personali

Firma richiedente _____