

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA POSTO- AUTO
PER DISABILI PERSONALIZZATO**

Prot.n.
del

Al Comune di Rimini
Settore Mobilità – Ufficio Rilascio
Stalli Disabili
Via Rosaspina, 7
47923 – Rimini (RN)

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____
residente nel Comune di Rimini in Via _____ n. _____
cap _____ C.F. _____ tel. _____
e-mail/pec _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre
2000;

in qualità di _____ del Sig./Sig.ra _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
C.F. _____

CHIEDE

l'assegnazione di uno stallo disabili personalizzato n. _____
nei pressi dell'abitazione del Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

- che il sottoscritto/Sig. _____
è titolare del contrassegno per persone invalide (Art. 188 C.d.S.)
n. _____ in corso di validità con durata non inferiore a
un anno;
 - di essere titolare di patente di guida in corso di validità;
 - che il sig./sig.ra _____
residente anagraficamente allo stesso indirizzo
_____ è titolare di patente di
guida in corso di validità;
- di non avere disponibilità di autorimessa o posto auto privato accessibile
nonché fruibile;
- di essere invalido civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
e necessità di assistenza continua non essendo in grado di deambulare senza
l'aiuto permanente di un accompagnatore (L.18/1980 – L.508/1988);

- di non disporre di un passo carrabile intestato al sottoscritto o ad un familiare residente anagraficamente con il sottoscritto;

Si allega alla presente:

- Copia fronte/retro di un documento di identità valido appartenente al compilante l'autocertificazione;
- fotocopia del contrassegno per disabili in corso di validità con durata non inferiore a un anno e fotocopia dell'autorizzazione rilasciata;
 - Copia verbale di invalidità civile;
 - Copia verbale di invalidità civile e certificazione medica (del medico curante o specialista), che verranno eventualmente sottoposti al parere del Servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria Locale;
- fotocopia di patente in corso di validità del richiedente o fotocopia di patente in corso di validità di persona residente anagraficamente nello stesso indirizzo.

Rimini, lì

Firma

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
Articolo 23 e 26 del Codice della privacy**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 ed esprime liberamente il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, ivi inclusi i dati cosiddetti sensibili, in relazione alle finalità individuate nell'informativa.

Do il consenso

Nego il consenso

Presta il Suo consenso affinché i dati raccolti siano utilizzati per invio di comunicazioni o altro materiale informativo relativo ai servizi di cui è cliente.

Do il consenso

Nego il consenso

Firma
