



**COMUNE DI SIGNA**  
**Città Metropolitana di Firenze**

Marca da bollo  
(solo per  
autorizzazione  
temporanea)

**AI SINDACO**  
**del Comune di Signa**

**DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO/DUPLICATO**  
**PERMARRIMENTO/FURTO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI**

(Art. 188 D. Lgs. 30/04/1992, n. 285; art. 381 D.P.R. 495/1992 – Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il ....., residente a Signa in  
via ..... n. .... tel. ....,

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA**

- a) che l'uso dell'autorizzazione rilasciata ai sensi dell'art. 188 del codice della strada è personale, ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario;
- b) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- c) delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come consapevole delle sanzioni penali cui può incorrere e incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (falsità materiale e/o ideologica commessa dal privato in atto pubblico – artt. 482 e 483 cod. pen. – salvo che il fatto costituisca più grave reato);
- d) 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 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;
- e) dell'informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 sui trattamenti conseguenti alla presentazione della presente istanza, come più avanti in questo modulo;
- f) che sarà a propria cura il dovere di acquisire le informazioni relative ad eventuali cambiamenti che dovessero intervenire nella normativa in materia, anche tramite gli strumenti resi disponibili dalla Polizia Municipale di Signa – e-mail: [poliziamunicipale@comune.signa.fi.it](mailto:poliziamunicipale@comune.signa.fi.it) - tel. 055.8735646

**E CHIEDE,**

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di esecuzione del codice della strada approvato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, come modificato dall'articolo 1 del D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151,

per proprio conto

in qualità di ..... del/della sig./sig.ra .....

nato/a a ..... (prov. ....) il ..... residente in Signa in via .....

..... n. ....

il **RILASCIO** dell'autorizzazione in deroga di cui all'articolo 188 del codice della strada per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità  temporanea per ..... anni /mesi  permanente, nonché del relativo contrassegno per rendere nota l'autorizzazione. A tale scopo **allega:**

Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96) oppure, in alternativa  Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

N. 2 foto a colori formato tessera

il **RINNOVO** dell'autorizzazione in deroga di cui all'articolo 188 del codice della strada per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità:

temporanea per ..... anni / mesi **ed allega** certificazione medico-legale della A.S.L. di appartenenza relativa all'accertamento della difficoltà deambulatoria;

permanente, nonché del relativo contrassegno per rendere nota l'autorizzazione e:

A tale scopo **allega**:

certificazione del medico curante che attesta il persistere della condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione – **oppure**  **dichiara**, di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minoranza civile o dell'handicap in quanto affetto dalla patologia invalidante di cui al n. \_\_\_\_\_ dell'allegato al D.M. 2 agosto 2007 emanato in attuazione dell'art. 6, comma 3, della legge 9 marzo 2006 n. 80 di conversione del D.L. 10 gennaio 2006, n. 4.

N. 2 foto a colori formato tessera

il **DUPLICATO** dell'autorizzazione in deroga di cui all'articolo 188 del codice della strada per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità n. .... rilasciata il ..... per  smarrimento  furto ed allega la relativa denuncia nonché N. 2 foto a colori formato tessera

Allega fotocopia del proprio documento di identità (e dell'eventuale delegato)

Signa, li .....  
firma

### **Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016**

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali. Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

**Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito <http://www.comune.signa.fi.it/> accedendo alla sezione **Privacy - Regolamento UE 679/2016.****

Il titolare del Trattamento è: Comune di Signa

Signa, li .....

.....  
firma per accettazione