



# COMUNE DI CASAMICCIOLA TERME

PROVINCIA DI NAPOLI  
STAZIONE DI CURA, SOGGIORNO E TURISMO

AREA II SERVIZI AL TERRITORIO  
ATTIVITA' PRODUTTIVE - PUBBLICI SERVIZI  
AREA VI

All'Ufficio SUAP  
Comune Casamicciola Terme

**Oggetto: Richiesta rilascio autorizzazione Permanente /Temporanea per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta.**

Il /La sottoscritto/a..... nato/a a ..... il ..... e  
residente in questo Comune alla via ..... n. ...., Tel. ....

*Da compilare solo nel caso in cui la domanda venga formulata, per conto del disabile, dal TUTORE o ESERCENTE PATRIA POTESTA'*

In nome e per conto di ..... nato/a..... il.....  
residente in questo comune alla via..... n.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci e sotto la mia personale responsabilità:

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:  
TUTORE E/O ESERCENTE LA PATRIA**

presentando un'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ed essendo a conoscenza che:

- 1) l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- 2) non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altro Ente Comunale;
- 3) il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.)

in relazione al disposto:

- Dell'art. 11 del D.P.R. n. 503/96;
- Dell'art. 188 del C.d.S., approvato con D.Lgs.n.285/92;
- Dell'art. 381 del Reg. d'esecuzione ed attuazione del C.d.S., approvato con D.P.R.n. 495/92

### Chiede

(ai sensi artt. 188 del Codice della strada e art. 381 del relativo regolamento di applicazione e ss. mm.)

Il rilascio dell'autorizzazione e del corrispondente contrassegno di parcheggio per disabili, previsto per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con un'effettiva capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta:

### DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 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 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Casamicciola Terme, li .....

### Il /La Richiedente

.....

### Allegati:

- 1) Copia verbale accertamento ASL commissione medica, trasmesso dall' INPS, dal quale risulti che "Ricorrono le previsioni art. 381 del DPR 345/92", oppure certificazione rilasciata dall'Ufficio Medicina Legale dell'ASL NA 2 (territorialmente competente), dalla quale risulta che il/la richiedente ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
- 2) Copia documento di riconoscimento;
- 3) N.2 foto tessera.

### Informativa

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla Legge o dal regolamento. La comunicazione e la diffusione ad Enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di Regolamento o se risulta necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati od Enti pubblici economici è ammessa solo se prevista da norme di Legge o di Regolamento. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso, la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso. Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'Amministrazione presso la quale tali dati possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dar caso all'istanza da Lei avanzata. Il titolare del trattamento dei dati da Lei sopra riportati è il Responsabile del Area VI di questo Comune.

Via Salvatore Girardi n°15 – 80074 Casamicciola Terme

Tel. 081/50725209

e. mail: [protocollo@pec.comunecasamicciola.it](mailto:protocollo@pec.comunecasamicciola.it)