

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE A TITOLO GRATUITO DI UNA AREA RISERVATA PERSONALIZZATA ALLA SOSTA DI VEICOLO A SERVIZIO DELLA PERSONA INVALIDA**

**AL SIG SINDACO DEL COMUNE DI ARDEA**

Provincia di Roma

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e mi residente in \_\_\_\_\_

(Città) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

(Via/Piazza) in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_ quale (diretto

interessato-accompagnatrice/ore/tutrice/ore) \_\_\_\_\_ della/del

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a'

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (Città)

\_\_\_\_\_ (Prov.) in Via/Piazza \_\_\_\_\_

(quest'ultima parte da compilare solo se il disabile è accompagnato)

persona in condizioni di disabilità con sensibile riduzione della capacità motoria,

**CHIEDE**

A codesta Amministrazione la possibilità di assegnare un'AREA RISERVATA ALLA SOSTA DI VEICOLI nel Comune di Ardea al servizio di disabili, ai sensi dell'art. 7 e 188 del decreto legislativo del 30.04.1992 n.285 e dell'art.381 del D.P.R. 495/92, aggiornato con D.P.R. 610/96, da realizzarsi nelle vicinanze:

Della propria abitazione in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Del proprio luogo di lavoro in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_

La richiesta scaturisce dalla necessità di reperire con minore difficoltà uno stallo per consentire la sosta del veicolo al mio servizio.

A tal fine dichiara:

di essere in possesso del contrassegno permanente invalidi n. \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal sindaco del comune di \_\_\_\_\_;

di disporre di un veicolo;

di non disporre di una autorimessa o posto auto privato nei pressi del luogo ove viene richiesto lo spazio di sosta;

di svolgere la propria attività lavorativa in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
(da compilare solo nel caso in cui lo stallo riservato sia richiesto presso la sede di lavoro)

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.26 della Legge 4 gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni (d.P.R. 445/2000 art. 46, 47);
- 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.11, comma 3 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n.403;
- di comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di domicilio;
- di restituire il contrassegno non appena venissero meno le cause che ne hanno determinato il rilascio.

**Allega/o alla presente istanza:**

1. fotocopia fronte/retro contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ valido fino a \_\_\_\_\_ rilasciato dal comune di \_\_\_\_\_;
2. fotocopia certificazione medica legale rilasciata dall'ASL che attesta la sensibile riduzione motoria;
3. fotocopia del documento di identità del richiedente n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
4. fotocopia fronte/retro del libretto di circolazione del veicolo, a disposizione del disabile, di proprietà di \_\_\_\_\_;
5. fotocopia fronte/retro della patente di guida n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ valevole fino al \_\_\_\_\_.

(da compilare solo nel caso in cui lo stallo riservato sia richiesto ad uso esclusivo)

La/Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

Ardea, \_\_\_\_\_