



COMUNE DI SCILLA
(Città Metropolitana di Reggio Calabria)
POLIZIA LOCALE



MODELLO n. 7 da utilizzare per: CATEGORIA TITOLARI DI CONTRASSEGNO DISABILI (D)

Art. 9 Delibera di C.C. n. 12 del 15-03-2022

NOTA BENE: 1) I campi contraddistinti da * sono obbligatori; 2) Non verranno prese in considerazione istanze pervenute con modalità diverse da quelle a seguire indicate.

Al Comando Polizia Locale di Scilla

TRASMISSIONE A MEZZO:

- ☐ PEC protocollo.scilla@asmepec.it
- ☐ raccomandata a.r. a: **Comune di Scilla**
Piazza San Rocco
89058 - Scilla (RC)
- ☐ deposito presso Comando polizia locale

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRANSITO E ALLA SOSTA IN Z.T.L. – Categoria titolari contrassegno disabili (D)

Il/la sottoscritto/a* _____ c.f. _____ nato/a
a* _____ il* _____ residente a* _____
via/piazza* _____ n. _____ tel.* _____ cell.*
_____ fax _____ indirizzo e.mail / pec*
_____ intestatario documento tipo
(patente/C.I./altro)* _____ n.* _____ rilasciato il* _____
da* _____ valido _____ fino _____ al* _____
_____, in qualità di : (**BARRARE L'OPZIONE CHE RICORRE O COMPILARE**)

☐ **TITOLARE DI CONTRASSEGNO DISABILI (C.U.D.E.) E RESIDENTE NEL COMUNE DI SCILLA (art. 9 commi 1-2)**

(1 PASS BLU PER TRANSITO E SOSTA PER 1 VEICOLO A SERVIZIO DEL DISABILE AVENTE SCADENZA CORRISPONDENTE ALLA DATA DI SCADENZA DEL RELATIVO CONTRASSEGNO)

☐ **TITOLARE DI CONTRASSEGNO DISABILI (C.U.D.E.) MA NON RESIDENTE NEL COMUNE DI SCILLA (art. 9 comma 3)**

(1 PASS BLU PER TRANSITO E SOSTA PER 1 VEICOLO A SERVIZIO DEL DISABILE AVENTE DURATA TEMPORANEA O GIORNALIERA)

CHIEDE

(**BARRARE L'OPZIONE CHE RICORRE e/o COMPILARE**)

☐ Ai sensi dell'art. 9 commi 1-2 della Delibera di C.C. n. 12 del 15-03-2022, l'autorizzazione al transito e/o alla sosta in zona a traffico limitato sino alla data di scadenza del contrassegno in mio possesso (DISABILE RESIDENTE)



COMUNE DI SCILLA
(Città Metropolitana di Reggio Calabria)
POLIZIA LOCALE



Ovvero

☐ Ai sensi dell'art. 9 comma 3 della Delibera di C.C. n. ____ del _____, l'autorizzazione al transito e/o alla sosta in zona a traffico limitato (DISABILE NON RESIDENTE) per il giorno _____ dal _____ al _____;

per il veicolo sotto indicato:

TARGA	MARCA E MODELLO	INTESTATARIO (nome e cognome)	VEICOLO INTESTATO AL RICHIEDENTE

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di false dichiarazioni, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

☐ Di essere in possesso di contrassegno disabili C.U.D.E. n. _____ rilasciato da _____ e avente scadenza in data _____;

☐ Che il veicolo sopra indicato è di proprietà del/la Sig./ra _____ nata a _____ il _____ patente di guida n. _____ rilasciata da _____ il _____ scadenza il _____, ed è a servizio del sottoscritto per i propri spostamenti *(barrare solo in caso di veicolo intestato a persona diversa dal disabile)*;

☐ Di non aver già ottenuto autorizzazioni relative a veicoli diversi da quelli indicati nella presente istanza per categoria diversa;

Allega:

- 1) Copia contrassegno disabili posseduto;
- 2) Copia carta di circolazione del veicolo;
- 3) Copia patente di guida del conducente.

Data _____ (firma) _____

Il dichiarante è soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi o esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall'amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000). Informativa ai sensi del Reg. UE 679/2016 – Regolamento Europeo sulla Privacy o GDPR (General Data Protection Regulation) – i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce e per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.