

Bollo
Euro
14,62

AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE
DEL COMUNE DI
SANTA MARGHERITA LIGURE

**RICHIESTA DI PARCHEGGIO PERSONALIZZATO PER PERSONE DISABILI
CHE GUIDANO UN VEICOLO**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
tel. n. _____
titolare del contrassegno invalidi n. _____ rilasciato dal Comune di _____

CHIEDE

Che sia realizzato uno stallo di sosta personalizzato, riservato ai veicoli al servizio di persone invalide titolari dello speciale contrassegno:

- 1) nei pressi dell'abitazione di residenza via _____
- 2) nei pressi del luogo di lavoro via _____

A tal fine **allega** alla presente:

- Certificazione **medico-legale** dell' ASL 4 Chiavarese attestante capacità di deambulazione abolita o sensibilmente ridotta con carattere di permanenza;
- Copia patente di guida
- Copia permesso invalidi
- Copia carta di circolazione del veicolo

Consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci , ai sensi del DPR 28.12.2000 n.445 , **dichiara** inoltre, sotto la propria responsabilità :

- di disporre del veicolo marca _____ targa _____ di proprietà di _____;
- di non essere titolare di box, di area utilizzata a posteggio o di posteggio condominiale nei pressi della propria abitazione;
- di svolgere attività lavorativa presso il seguente indirizzo _____ con il seguente orario: _____

Si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni variazione rispetto al possesso dei requisiti necessari per avere titolo al beneficio richiesto.

_____ li

_____ (firma)