

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.)

RESA AI FINI DEL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DI SOSTA INVALIDI

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ (.....)
 il _____ e residente nel Comune di _____ via _____ n. _____
 consapevole della sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di
 dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla
 base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del
 predetto D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A
☐ in nome e per conto proprio

☐ in nome e per conto del concessionario richiedente: Signor _____
 nato il _____ a _____ e residente a Lercara F. nella via _____ N° _____

nella qualità di:

- ☐ ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ (in caso di minore)
☐ TUTORE (citare gli estremi dell'atto di nomina) _____
☐ FAMILIARE DELEGATO (rapporto di parentela: _____)

- Che il 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 riporta la dicitura **"è portatore di ridotte o impedito capacità motorie"**, - atto allegato alla richiesta per il rilascio del contrassegno invalidi, - è conforme all'originale in possesso del richiedente e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Dichiara inoltre, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lercara Friddi,

IL/LA DICHIANTE

SE NON IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE ☐ ANALFABETA ☐ PER CAUSE DI NATURA FISICA**Identificato dal Funzionario PM**tramite ☐ conoscenza personale ☐ documento d'identità _____ N° _____ rilasciato da _____

firma del P.U.

**POLIZIA LOCALE
COMUNE DI VICARI**La presente dichiarazione è parte integrante
alla richiesta Prot. N° _____**CONTRASSEGNO DI SOSTA INVALIDI**

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.