

DOMANDA RILASCIO CONCESSIONE PARCHEGGIO INVALIDI

**AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE**

--

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Ambivere, via/piazza \_\_\_\_\_,  
essendo gravemente impedito alla deambulazione;

**CHIEDE**

il rilascio del contrassegno previsto dal D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 per la circolazione e la sosta nelle strade in cui sono in vigore provvedimenti limitativi.

Il sottoscritto (o chi per esso) dichiara inoltre:

1. di non essere titolare di analogo contrassegno rilasciato da un Comune diverso da quello di Ambivere;
2. di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
3. di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
4. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.76 del T.U , DPR 445/2000)

**ALLEGA**

- Certificazione medica rilasciata dalla ASL.

Ambivere, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma*