

**Al Comune di
BOLLATE**

Protocollo Generale

**RICHIESTA DI AREA DI SOSTA PERSONALIZZATA RISERVATA AGLI INVALIDI AI
SENSI DELL'ART. 381 -QUINTO COMMA- DEL REGOLAMENTO DI ESECUZIONE DEL
CODICE DELLA STRADA**

Il sottoscritto _____

C.F. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente in Via _____ N° _____ BOLLATE

Tel. _____ cellulare _____ fax _____

e-mail _____

C H I E D E

l'assegnazione di un'area di sosta personalizzata riservata a veicoli al servizio di persone invalide ai sensi dell'art. 381 quinto comma del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada

in Via _____ civico _____
(specificare la localizzazione richiesta per la piazzola/le piazzole)

ed a tal fine ai sensi di quanto richiesto dal punto 3 delle linee guida approvate dalla Giunta Comunale con deliberazione n° 26 del 20/02/2008, valendosi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false e mendaci, **sotto la propria responsabilità**

D I C H I A R A

- 1) di essere titolare del contrassegno invalidi n. _____ rilasciato dal Comune di Bollate in corso di validità e recante scadenza _____;
- 2) di essere impossibilitato a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, come evidenziato dalla documentazione medica in Vostro possesso relativa alla richiesta di rilascio del contrassegno sopra indicato;
- 3) di essere in possesso, personalmente, o tramite congiunto dello stesso nucleo familiare, di un'autovettura al proprio servizio;
- 4) di avere necessità di un utilizzo continuativo dello spazio di sosta richiesto;
- 5) di non possedere né disporre in zona, personalmente o tramite accompagnatore convivente e relativi nuclei familiari, di box e/o posti auto su area privata di cui avvalersi;
- 6) ovvero di possedere e/o disporre in zona di box e/o posti auto su area privata **NON IDONEI** allo stazionamento del veicolo al servizio delle persone invalide;

A L L E G A

- COPIA del documento di identità;
- COPIA del contrassegno invalidi n° _____ rilasciato dal comune di Bollate in data _____
- COPIA integrale del Verbale della Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili della Regione Lombardia.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Bollate, _____
