

**Al Sig. Sindaco
del COMUNE DI BONATE SOTTO**

(da presentarsi **ALL' UFFICIO di POLIZIA LOCALE**)

P.zza Duca d'Aosta, 1 - 24040 - Bonate Sotto (BG)

Tel.035.4996027 – 380.385.0556

polizialocale@comune.bonate-sotto.bg.it

comune.bonatesotto@pec.regione.lombardia.it

Oggetto: Istanza per il **RINNOVO** di autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta e contestuale rilascio di apposito contrassegno invalidi denominato: **"CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"**

Il/La sottoscritto/a _____

nat __ a _____ (_____) il _____

residente a _____ in _____ n. _____

recapito telefonico _____ e-mail _____,

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

CHIEDE IL RINNOVO

di autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta e contestuale rilascio di apposito contrassegno invalidi denominato "contrassegno di parcheggio per disabili",

per sé.

per conto di _____

nat __ a _____ (_____) il _____

residente in Bonate Sotto (BG) via _____ n. _____

ai sensi dell'art. 188 del C.d.S. e dell'art. 381 del relativo Regolamento di attuazione ed esecuzione, in quanto persona con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, di tipo

PERMANENTE e a tal fine allega

- **n. 1 fotografia formato tessera** della persona per cui viene richiesta la presente autorizzazione
- **certificato del medico curante** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta

TEMPORANEA dal _____ al _____ e a tal fine allega

- **n. 1 fotografia formato tessera** della persona per cui viene richiesta la presente autorizzazione
- **certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale** di
 Bergamo, sede di Bonate Sotto (via Garibaldi 13 – 24040 Bonate Sotto tel. 0354991110, per tutto il Distretto dell'Isola Bergamasca)

dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Prende atto che responsabile del procedimento é il responsabile del servizio di polizia locale, Comm. Agg. Angelo Turiano.

Bonate Sotto, _____

Il/la richiedente _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI POLIZIA LOCALE

Il giorno _____ il/la sottoscritto/a _____

dichiara di consegnare al/alla Sig./Sig.ra _____

il contrassegno di parcheggio per disabili n. _____/_____/_____ valido fino al ____/____/____

di cui alla richiesta retro indicata, in qualità di

TITOLARE RICHIEDENTE

IL RICEVENTE

IL DICHIARANTE
