

**RICHIESTA SPOSTAMENTO**  
**AREA DI SOSTA PERSONALIZZATA CON IL NUMERO DI CONTRASSEGNO DI**  
**PARCHEGGIO PER DISABILE**  
**MINORE O IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_,  
tel./cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**in qualità di**

legale rappresentante  genitore  tutore  parente fino al terzo grado \_\_\_\_\_

Del/della **DISABILE** Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a Milano, in via \_\_\_\_\_

N.\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ titolare del contrassegno di parcheggio per disabili n. \_\_\_\_\_ in corso di validità

**RILASCIATO DAL COMUNE DI MILANO.**

**CHIEDE**

a seguito di cambio di residenza del titolare del contrassegno di parcheggio per disabili, lo spostamento dell'area di sosta personalizzata:

da Via \_\_\_\_\_

a Via \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali ivi previste in caso di false attestazioni, in riferimento alla presente richiesta di spostamento dell'area di sosta sopracitata

**DICHIARA**

che il nucleo familiare del titolare del contrassegno di parcheggio per disabili **NON DISPONE** a qualsiasi titolo di box e/o posti auto su area privata, presso la residenza o nelle immediate vicinanze;

che il nucleo familiare del titolare del contrassegno di parcheggio per disabili **DISPONE** di box/posto-auto su area privata pertinenziale alla residenza, ma impossibilitato ad accedervi per i seguenti motivi:

di utilizzare l'area di sosta personalizzata con il contrassegno di parcheggio per disabili con frequenza:

giornaliera

saltuaria

per le seguenti motivazioni:

lavoro presso \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

studio presso l'istituto \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

centro diurno presso il Centro \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

recarsi presso una struttura riabilitativa con sede a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ (allegare la dichiarazione della struttura riabilitativa e relativo calendario di frequenza delle sedute).

Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a tal fine **ALLEGA**

- Fotocopia della patente di guida propria compatibile con le patologie documentate;
- Fotocopia patente di guida di persona corresidente in corso di validità;
- Libretto di circolazione.

- Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente documentazione viene resa.
- Se il titolare del contrassegno è impossibilitato alla firma, la dichiarazione deve essere firmata dal tutore o in assenza di questo da un familiare, nei limiti previsti dal DPR 445/2000 ss.mm.ii.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del dichiarante.