

**Amministrazione destinataria**

Comune di Piacenza

Ufficio destinatario

Unità operativa Viabilità

Domanda di assegnazione di area di sosta per persone con disabilità

Ai sensi del DL n.285 del 30/04/1992 e del DPR n.495 art.381 comma 5 del 16/12/1992

Il richiedente

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- per conto della propria persona
- in qualità di

Tutore / genitore di minore

E per conto della seguente persona con disabilità

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

che **è residente** presso

- lo stesso indirizzo del richiedente
- il seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (mail ordinaria o PEC)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'istituzione di un AREA DI SOSTA PERSONALIZZATA nel Comune di Piacenza ad uso esclusivo della persona con disabilità sopra citata, ai sensi dell'art. 381 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495 e del relativo Regolamento Comunale vigente, da realizzarsi nei pressi

- della residenza della persona con disabilità, il cui **proprietario** è
- il richiedente la persona con disabilità un Ente pubblico (es. ACER)
- un'altra persona

Dati del proprietario (se diversa dal richiedente e dalla persona con disabilità)

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- del luogo di lavoro, collocato in

Denominazione/Ragione sociale	Tipologia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Codice Fiscale	Partita IVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefono	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indirizzo della sede di lavoro del dipendente

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune la rinuncia o il mancato utilizzo dello stallo di sosta
- di essere a conoscenza che l'ufficio competente si riserva di verificare quanto dichiarato in sede di presentazione della domanda
- di aver preso visione del regolamento comunale per l'individuazione di aree di parcheggio riservate a persone con disabilità nel comune di Piacenza (approvata con del.c.c. 25 del 2022)
- che la persona con disabilità versa in condizione di grave, permanente e continua compromissione della capacità di deambulare determinata da patologia stabilizzata certificata
- di essere a conoscenza che altre patologie invalidanti, che tuttavia non compromettono la capacità di deambulare in modo grave sono escluse dalla concessione di un'area di sosta personalizzata
(Attenzione: per queste casistiche può comunque essere richiesto uno stallo di sosta generico)
- è titolare di "Contrassegno Unificato per persone con Disabilità Europeo" (CUDE) di durata quinquennale *(rilasciato a norma dell'art. 381 D.P.R. 495/1992, comma 2)*

Numero	Data di scadenza	Rilasciato dal Comune di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA INOLTRE

- che la persona con disabilità possiede la patente di guida in corso di validità
 non possiede (compatibile con le patologie documentate)

e qualora non in possesso alcuna patente:

- che gli spostamenti della persona con disabilità sono garantiti dalle seguenti persone

1° soggetto (stabilmente addetto agli spostamenti) In qualità di assistente/accompagnatore | parente

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2° soggetto (stabilmente addetto agli spostamenti) In qualità di assistente/accompagnatore | parente

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3° soggetto (stabilmente addetto agli spostamenti) In qualità di assistente/accompagnatore | parente

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- necessita spostarsi almeno due volte alla settimana, effettuati solamente con veicoli indicati in sede di rilascio del CUDE, per le seguenti motivazioni: **(Attenzione: barrare unicamente l'attività prevalente)**

Assistenza al Centro Diurno Socio-Assistenziale o occupazionale

Denominazione istituto / azienda							Num.telefono		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Studio

Denominazione istituto / azienda							Num.telefono		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Lavoro

Denominazione istituto / azienda							Num.telefono		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Cure sanitarie

Denominazione istituto / azienda							Num.telefono		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Altra attività

Descrizione dell'attività svolta

Denominazione istituto / azienda							Num.telefono		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

in relazione agli spazi di sosta, a qualsiasi titolo detenuti dal richiedente e/o dai componenti del suo nucleo familiare o conviventi, nel luogo stabilito per la realizzazione del posto auto

(garage, posto auto, area cortilizia, pertinenze condominiali)

non dispone di alcuno spazio di sosta nemmeno per sosta breve per la salita e/o discesa

dispone di uno spazio, ma non accessibile e/o fruibile per i seguenti motivi

Specificare

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati:

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia del documento d'identità del richiedente *(da allegare solo se il modulo è presentato in forma cartacea e sottoscritto con firma autografa)*

copia del documento d'identità della persona con disabilità *(da allegare solo se la domanda è presentata per conto di altra persona)*

copia della patente di guida della persona con disabilità *(sia essa normale o speciale)*

dichiarazione del datore di lavoro *(attestante che la persona con disabilità lavora con contratto a tempo indeterminato)*

copia della Procura Notarile o Decreto del Tribunale *(attestante la tutela/curatela o amministrazione di sostegno della persona con disabilità)*

documentazione attestante il rapporto di assistenza/accompagnamento
(relativa alla/e persona/e stabilmente addetta/e a garantire gli spostamenti)

certificazione del medico curante della persona con disabilità
(attestante le condizioni di grave, permanente e continua compromissione della capacità di deambulare)

Qualora la persona con disabilità non sia in possesso di alcuna patente:

copia della patente di guida di una persona stabilmente addetta a garantire gli spostamenti
(da allegare solo se la persona con disabilità non possiede alcuna patente)

attestato di frequenza dell'Ente / struttura *(presso il quale la persona con disabilità si deve recare settimanalmente)*

copia fronte/retro della carta di circolazione dei veicoli associati al CUDE *(facoltativo)*
(devono essere di proprietà della persona con disabilità o del convivente o di chi è stabilmente addetto a garantire gli spostamenti)

Eventuali ulteriori documentazioni:

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Piacenza

Luogo

Data

Il dichiarante