

An die Marktgemeinde Kaltern Ortspolizei Marktplatz 2 39052 – Kaltern a.d.W.	Al Comune di Caldaro Polizia Locale Piazza Principale 2 39052 – Caldaro s.s.d.v.	<p style="text-align: center;">1 Stempelmarke – 1 marca da bollo Euro 16,00 -----</p> <input type="checkbox"/> befreit bei Gültigkeit von 5 Jahren/ essente validità 5 anni <input type="checkbox"/> Imposta di bollo assolta in modo virtuale Stempelsteuer virtuell entrichtet Id.01151943182757 Aut.0005862/2017/U
---	---	---

Ansuchen um Parkausweis für Invaliden

Richiesta contrassegno speciale invalidi

Der/die Unterfertigte

geboren am in

wohnhaft in

Straße/Nr.

Tel.

Il/la sottoscritto/a

nato/a il a

residente a

in via/n.

tel.

ersucht um

chiede il

Neuausstellung

Erneuerung

Duplikat für

Verlust

Diebstahl

Beschädigung

nuovo rilascio

rinnovo

duplicato per:

smarrimento

furto

deterioramento

des Parkausweises für Invaliden.

del contrassegno speciale invalidi.

Im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 09.02.2012, bewusst der strafrechtlichen Folgen im Falle von Falscherklärungen oder Gebrauch von gefälschten Bescheinigungen gemäß Art. 47 D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Ai sensi del DL n. 5 del 09.02.2012, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni ed utilizzo di atti falsi, così come stabilito dall'art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445

ERKLÄRT

DICHIARA

dass die beigelegte ärztliche Bescheinigung gleichlautend mit dem Original ist und dass das Bescheinigte nicht widerrufen, aufgehoben oder geändert wurde.

che il certificato medico allegato alla presente domanda è copia conforme all'originale e che quanto in esso attestato, non è stato revocato, sospeso o modificato.

Datum

data

DER/DIE ANTRAGSTELLER/IN

IL/LA RICHIEDENTE

Anlagen:

- Kopie der Identitätskarte
- 1 Passfoto
- rechtsmedizinische Bescheinigung oder Kopie des Protokolls der Ärztekommision beglaubigt durch eine Ersatzerklärung des Notorietätsaktes (bei Neuausstellung und Erneuerung mit Gültigkeit von weniger als 5 Jahren)
- Bescheinigung des behandelnden Arztes (bei Erneuerung mit einer Gültigkeit von 5 Jahren)
- Alter und verfallener Parkausweis

Allegati:

- copia della carta d'identità
- 1 fotografia formato tessera
- attestato medico legale oppure copia del verbale della commissione medica con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (rilascio e rinnovo con validità meno di 5 anni)
- certificazione del medico curante (rinnovo con una validità di 5 anni)
- vecchio contrassegno in scadenza

Information gemäß EU-Verordnung 2016/679

PRIVACY: Gemäß und für die Zwecke der Artikel 12, 13, und 14 der EU-Verordnung 679/2016 finden Sie die Informationen zum Schutz personenbezogener Daten unter folgendem Link: www.kaltem.eu/de/Gemeinde/Web/Datenschutz oder können im Büro der Ortspolizei in diese Einsicht nehmen.

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679

PRIVACY: Ai sensi e per gli effetti degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 l'informativa relativa alla protezione dei dati personali è reperibile al seguente Link: www.caldaro.eu/it/comune/web/privacy o è consultabile nell'ufficio della Polizia Locale.

Bescheinigung des behandelnden Arztes
nur bei Erneuerung auszufüllen
(nach Ablauf von 5 Jahren)

Ich unterfertigte/r Dr. _____,
nach Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Ausweises für
Invaliden Nr. _____, für den die Erneuerung angesucht
wird, und gemäß Art. 381 Abs. 3 des D.P.R. 16.12.1992 n.
495 – Durchführungsverordnung der Straßenverkehrsord-
nung

**bestätige, dass der gesundheitliche Zustand, gemäß
welchem der Parkausweis ausgestellt wurde,
weiterhin besteht.**

Datum _____

Der behandelnde Arzt _____
(Stempel und Unterschrift)

Certificazione a cura del medico curante
Da compilare solo in caso di rinnovo
(decorso il termine di 5 anni)

Io sottoscritto Dott. _____,
accertata la titolarità del contrassegno per invalidi n._____,
per il quale viene chiesto il rinnovo, i sensi dell'art. 381
comma 3 del D.P.R. 16.12.1992 n. 495 – Regolamento di
Esecuzione del Codice della Strada,

**confermo il persistere delle condizioni sanitarie che
hanno dato luogo al rilascio.**

Data _____

Il medico curante _____
(timbro e firma)