**AL SIG. PREFETTO DI NAPOLI**

**UFFICIO PATENTI**

**Istanza di permesso orario di guida ai sensi dell’art. 218/2 del C.d.S.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in relazione al ritiro della patente di guida eseguito con il verbale, che si allega in copia,

**CHIEDE**

 il rilascio del permesso orario di guida di cui all’art. 218/2 del C.d.S. per

**(**barrare l’ipotesi che interessa) :

□ raggiungere il posto di lavoro (andata/ritorno dall’abitazione al lavoro)

□ beneficiare delle agevolazioni di cui all’art. 33 della legge 104/92

secondo le seguenti modalità e fasce orarie:

dalle ore ……..… alle ore …..……. …dalle ore …..……alle ore ……..….

nei giorni dal ……………………….. al ……………………………

**a tale scopo dichiara, ai sensi del D. Lg.vo 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci:**

**□** di prestare servizio presso------------------------------------ con sede in ----------------------------- Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che l’orario di lavoro è il seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**□** di essere nell’impossibilità di raggiungere il posto di lavoro con mezzi pubblici;

**□** che beneficia (per sé o per un familiare) dell’art. 33 della legge 104/92 e che necessita del

permesso A/R casa/Centro Ospedaliero o Riabilitazione

Allega:

* + copia di documentazione attestante il rapporto di lavoro;
	+ copia della certificazione rilasciata dalla Commissione Invalidità Civile che riconosce le condizioni di cui all’art. 33 legge 104/92 a favore del richiedente o di familiare che rientra nel rapporto di parentela indicato dalla citata legge autenticata nelle forme di cui al D. Lvo 445/2000;
	+ dichiarazione di responsabilità riportante rapporto di parentela, impossibilità per altro beneficiario di provvedere al trasporto del diversamente abile con indicazione precisa dei giorni e degli orari nei quali effettuerà il trasporto;

**Barrare la casella corrispondente**

**Dichiara, inoltre, che contestualmente alla violazione commessa, non è rimasto coinvolto in incidente stradale e che le dichiarazioni di responsabilità allegate, sono rese ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 445/2000.**

Al fine di essere avvisato circa l’esito della richiesta, comunica i seguenti recapiti:

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Posta Elettronica Certificata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ----------------------------------------------------