

Al COMUNE di

Ufficio di Polizia Locale

**MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO SOSTA INVALIDI PER PERSONE
CON GRAVI DISABILITA' NELLA DEAMBULAZIONE**

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a _____ in Via _____

n. _____ tel. abitazione _____ Codice Fiscale _____

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

- Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 495/92: cittadini con "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dall'Ufficio medico legale della Azienda Sanitaria competente per il territorio (prenotare visita al tel. N. 848448884) attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.);
- Documento d'identit  in corso di validit ;
- Fotografia formato tessera

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente e n. 2 marche da bollo di € 16,00, il contrassegno scaduto

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**". Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identit  in corso di validit 
- Fotografia formato tessera
- Contrassegno scaduto

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento   il Comune di San Vito di Fagagna Via Nuova, 100 I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di San Vito di Fagagna. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare. Letta e compresa l'informativa sopra riportata d  il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalit  indicate.

acconsento

non acconsento

(barrare casella)

Luogo

data

firma del richiedente

IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

ALL'ATTO DEL RITIRO:

Luogo

data

firma

in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità del delegato