



OGGETTO: Richiesta di rilascio di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte (art. 188 Codice della Strada – D.Lgs. n. 285 del 30/4/1992 e Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992):

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____ tel. _____

per proprio conto; in qualità di tutore/curatore* di _____ nato
a _____ il _____ residente a _____ via _____ n° _____

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR n. 445/2000, **dichiara che il sunnominato ha effettive capacità di deambulazione sensibilmente ridotte e non è in possesso di analogha autorizzazione rilasciata da altro Comune, nonché di essere a conoscenza:**

- **che l'uso dell'autorizzazione è personale** ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- **che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza** (trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, o decesso).

CHIEDE

<p><input type="checkbox"/> <u>IL PRIMO RILASCIO</u></p> <p>del contrassegno disabili, a tal fine allega:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 1 fotografia formato tessera;➤ fotocopia documento d'identità;➤ certificato dell'Ufficio Medico Legale, in originale (o verbale della commissione medica integrata)** rilasciato in data _____, attestante le capacità di deambulazione sensibilmente ridotte: <input type="checkbox"/> permanenti <input type="checkbox"/> temporanee fino al _____;➤ 2 marche da bollo da € 16,00 dovute solo con certificato di invalidità a scadenza temporanea (inferiore a 5 anni);	<p><input type="checkbox"/> <u>IL RINNOVO</u></p> <p>del contrassegno disabili, a tal fine allega:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 1 fotografia formato tessera;➤ fotocopia documento d'identità;➤ contrassegno scaduto (in originale) n. _____; <p>- PER RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE (QUINQUENNALE):</p> <p><input type="checkbox"/> certificato del Medico Curante Dott. _____ attestante il persistere delle condizioni di capacità di deambulazione sensibilmente ridotte che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno;</p> <p>- PER RINNOVO CONTRASSEGNO A VALIDITA' TEMPORANEA:</p> <p><input type="checkbox"/> certificato dell'Ufficio Medico Legale (o verbale della Commissione Medica Integrata)**, rilasciato in data _____, attestante il persistere delle condizioni di capacità di deambulazione sensibilmente ridotte con validità fino al _____;</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 2 marche da bollo da € 16,00 (dovute solo con certificato di invalidità a scadenza temporanea);
<p style="text-align: center;">NOTE</p> <p>* <u>in caso di inabilità per la quale è stato nominato un curatore o tutore</u> deve essere allegata anche la fotocopia di un documento di riconoscimento del curatore/tutore che rappresenta il disabile.</p> <p>** <u>Equivale al certificato dell'Ufficio Medico Legale</u> la copia del verbale della commissione medica integrata (L. 05.02.1992, n.104) <u>nella quale viene espressamente riportato che l'interessato è portatore di ridotte o impedito capacità motorie/deambulatorie</u> (L. 24.03.2012, n. 27) oppure deve espressamente riportare il riferimento all'art. 381 del D.P.R. 495/92. La certificazione in ogni caso deve essere presentata in originale.</p>	

Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n°196/2003

- a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- b) Il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- c) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- d) Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza/dichiarazione;
- e) I dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale e ad altri soggetti pubblici;
- f) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n°196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.);
- g) Il titolare del trattamento è il Servizio Unico Associato di Polizia Locale della Valle del Boite.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Con la presente il titolare si impegna a comunicare tempestivamente all'ufficio competente l'eventuale cessazione del diritto, ed a restituire l'autorizzazione.

Ritirerà il contrassegno **trascorsi 7 giorni dalla richiesta** c/o: Unione Montana Valle del Boite Comune di _____;

Data _____

FIRMA _____