

Marca da bollo
(solo per autorizzazioni temporanee)

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE di

A R C A D E

OGGETTO: richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano disabili.

Il sottoscritto/a	
nato/a	
il	
e residente in questo Comune in	
via/v.lo/l.go/piazza	
telefono	

CHIEDE

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, in base:
ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495 (Regolamento di Esecuzione del Codice della Strada), e D.P.R. 151/2012;
ai sensi degli artt. 7,8,9,10 del Dlgs. N <196/2003> e successive modificazioni ed integrazioni:

<input type="checkbox"/> il rilascio	<input type="checkbox"/> il rinnovo	<input type="checkbox"/> la sostituzione
		<input type="checkbox"/> il duplicato
		<input type="checkbox"/> per smarrimento
		<input type="checkbox"/> per furto
		<input type="checkbox"/> per deterioramento

dell'apposita autorizzazione in deroga prevista per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Allega a questo scopo:

- certificazione medico-legale dell'U.L.S.S. di appartenenza relativa all'accertamento espressamente effettuato nei propri confronti; (solo per il rilascio)
- certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio; (solo per rinnovo)
- copia fotostatica documento d'identità
- dichiarazione sostitutiva di notorietà relativa allo smarrimento del proprio contrassegno;
- denuncia di furto del proprio contrassegno;
- contrassegno posseduto; (solo per il rinnovo e per il duplicato per deterioramento)
- 2 foto formato tessera
- 1 marca da bollo (solo per rilascio autorizzazione temporanea)

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28/12/2000
- di essere a conoscenza che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dall'art. 188 C.d.S, e D.P.R. 151/2012.;
- di essere a conoscenza che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- di essere a conoscenza che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.).

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 675/1996 "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

(firma)

AVVERTENZA: la presente richiesta può essere presentata, oltre che personalmente, anche per posta, via telefax oppure a mezzo di persona incaricata; in tali casi è indispensabile allegare anche la fotocopia integrale e leggibile di un documento d'identità del richiedente.

¹ Indicare gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta.

¹ Selezionare la casella relativa al tipo di richiesta.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali, l'Amministrazione comunale di Arcade in qualità di titolare del trattamento, è tenuto ad informare che:

- a) *Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato al rilascio del contrassegno invalidi;*
- b) *il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;*
- c) *il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria;*
- d) *il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza;*
- e) *i dati conferiti – ivi comprese le certificazioni mediche presentate – potranno essere comunicati, qualora necessario in relazione ad adempimenti procedurali, ad altri settori dell'Amministrazione Comunale o altri soggetti pubblici;*
- f) *il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dati, ecc.. ecc..) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nel Comandante della Polizia locale;*
- g) *il titolare del trattamento è il Comune di Arcade con sede in Piazza Vittorio Emanuele III° nr. 1. Il titolare ha nominato responsabile preposto, per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui al punto precedente, l'Istruttore Specialista di Vigilanza, Zanardo Eros dell'Ufficio di Polizia locale di Arcade.*

Arcade,

Per presa visione ed accettazione

<u>Parte riservata all'ufficio:</u>	
Il sottoscritto/a addetto/a alla ricezione della domanda, ha accertato l'identità di _____ _____ mediante:	
<input type="checkbox"/> l'esibizione del documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____	
<input type="checkbox"/> diretta conoscenza:	
data, _____	_____ (timbro e firma dell'addetto/a)