

Oggetto: **Richiesta di (1)**

RILASCIO

RINNOVO

del 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 ed art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione – D.P.R. n. 495 del 16/12/1992).

_____, sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ e residente _____
in via/piazza _____ n. _____, recapito telefonico _____,

per proprio conto

in qualità di **(2)** _____

del/della sig./sig.ra _____ nat _____ il _____

a _____ e residente _____

in via/piazza _____ n. _____,

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza:

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

CHIEDE

IL RILASCIO del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega:

- il certificato rilasciato in data _____ dall'Ufficio Medico Legale – Ufficio Sanitario dell'Azienda per i Servizi Sanitari **(3)** di _____, attestante che _____ scrivente ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotte:

permanenti

temporanee **(4)** fino al _____;

- n° 2 fotografie formato tessera
- **Per i contrassegni con validità temporanea, sia in caso di rilascio che eventuale rinnovo (4) dovranno essere consegnate due marche da bollo da € 16,00 da applicare una sulla domanda e una sull'autorizzazione.**
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità

IL RINNOVO del contrassegno di cui all'oggetto. A tal fine allega:

- il certificato rilasciato in data _____ dal Medico Curante dott./dall' Ufficio Medico Legale Ufficio Sanitario dell'Azienda per i Servizi Sanitari di (cancellare la voce che non ricorre) _____, attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale contrassegno N° _____ **(5); (vedi anche nota 4)**
- n° 2 fotografie formato tessera.
- Fotocopia documento d'identità in corso di validità

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 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

(VEDI RETRO)

—→

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 23 e 26 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati sensibili, prevalendo il proprio interesse ad ottenere l'autorizzazione rispetto alla tutela dei dati medesimi.

VODO DI CADORE _____

IL/LA RICHIEDENTE

Note :

1) Barrare la voce che interessa.

2) Parte da compilare **in caso di inabilità per la quale è stato nominato un curatore o tutore**. In questo caso deve essere allegata anche la fotocopia di un documento di riconoscimento del curatore/tutore nel caso in cui il disabile sia da questi rappresentato.

3) Equivale a tale specifico certificato la copia del verbale della commissione medica integrata (L. 05.02.1992, n.104) nella quale viene espressamente riportato che l'interessato è portatore di ridotte o impedito capacità motorie/deambulatorie (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 modo deve essere presentata in originale.

4) **Qualora la sensibile riduzione della capacità di deambulazione sia temporanea, riportare la data indicata nel certificato dell'A.S.S.. Per il rilascio e/o il rinnovo delle Autorizzazioni / contrassegni con validità temporanea inferiore ai cinque anni dovrà essere applicata sulla domanda una marca da bollo da €. 16,00 ed una ulteriore marca da bollo da €. 16,00 da applicare sull'Autorizzazione, nonché in caso di rinnovo la certificazione dell'Ufficio Medico Legale – Ufficio Sanitario della A.S.S. di appartenenza di conferma delle condizioni invalidanti.**

5) Indicare il numero di contrassegno scaduto o in scadenza, che comunque deve essere restituito al rilascio del nuovo.

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 ad ottenere il rilascio dell'autorizzazione e contrassegno al servizio di persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotte;

b) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;

c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il rilascio di quanto richiesto;

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'articolo 7 del d.lgs n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune.

g) il titolare del trattamento è il Comune di Vodo di Cadore.

In caso di ritiro dell'Autorizzazione da parte di soggetto diverso (da titolare o da curatore o tutore identificati in alto del presente foglio):

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a Vodo di Cadore in _____

DELEGA

al ritiro in mia vece del contrassegno di cui sopra il/la Sig/ra _____

nato/a a _____ in data _____ residente a _____

_____ in via _____

FIRMA

Firma per ricevuta autorizzazione di cui sopra
(data e firma)
