

N. REG. _____ SCADENZA _____ (data nascita)

[FOTO]

Al Sindaco
del Comune di Sospirolo

Oggetto: Richiesta di autorizzazione e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta - Art. 381 del D.P.R. 16.12.1992, n. 495.

Il sottoscritt _____ nat_ il _____ a _____ residente
a Sospirolo (BL) in Loc. _____ n. _____ Tel. _____ cell. _____
e-mail _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'art. 381 del Regolamento di cui al D.P.R. 16.12.1992, n. 495, a favore di :

Sé medesimo

Oppure in qualità di Esercente la patria potestà del minore Tutore Altro _____
per nome e per conto di _____ nat_ il _____ a
_____ C.F. _____ residente a _____ in
_____ n. _____ Tel. _____ cell. _____ e-
mail _____

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'art. 381 del Regolamento di cui al D.P.R. 16.12.1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e **allega la seguente documentazione**, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, co. 3 del D.P.R. 503/96) **(PRIMO RILASCIO E PER I RINNOVI INFERIORI A 5 ANNI)**,

per il **RILASCIO INFERIORE A 5 ANNI E IL RINNOVO INFERIORE A 5 ANNI** vanno allegate n. 2 marche da bollo da € 16,00,

oppure, in alternativa:

Certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio **(SOLO PER I RINNOVI QUINQUENNALI)**.

Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del D.L. 1.7.2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3.8.2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'art. 381 del Regolamento di cui al D.P.R. 16.12.1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti - art. 12, co. 3 del D.P.R. 503/96).

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

N. 2 foto a colori formato tessera recenti.

Per ogni contatto relativo alla presente pratica o per ogni necessità che in futuro si dovesse manifestare, si forniscono le seguenti utenze telefoniche: _____ tel. _____ cell. _____.

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del D.Lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 si rende noto che i dati forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno.

Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'art. 381 del Regolamento di cui al D.P.R. 16.12.1992, n. 495, e successive modificazioni; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. In ogni momento l'interessato potrà essere esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Sospirolo - Responsabile del trattamento dei dati è l'Isp.C.Fabio Cavalet.

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, l'interessato presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

Sospirolo, il _____

Il Titolare o suo genitore/tutore