

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

(Art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, nr. 495)

Categoria 9 Classe 1

Al Corpo di Polizia Locale
del Comune di Marcon (VE)
Piazza Municipio, 20
30020 MARCON (VE)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ¹ _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

VIA/PIAZZA _____

C.A.P. _____ TEL _____

IN QUALITA' DI: (compilare questo riquadro solo quando il richiedente è diverso dal beneficiario)	
<input type="checkbox"/> ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE;	<input type="checkbox"/> ESERCENTE POTESTÀ LEGALE
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____	
IN NOME E PER CONTO DI ² _____	
NATO/A A _____	IL _____
RESIDENTE A _____	C.A.P. _____
VIA/PIAZZA _____	

CHIEDE IL

- RILASCIO
 RINNOVO
 DUPLICATO

Del contrassegno invalidi previsto dal D.P.R. 16 Dicembre 1992 n° 495 e dal D.P.R. 24 luglio 1996 n° 503

Il/la richiedente prende atto che il predetto contrassegno, strettamente personale e pertanto utilizzabile esclusivamente in presenza dell'intestatario, deve essere esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al servizio dell'invalido.

Dichiara, sotto la propria responsabilità (artt. 75 e 76 DPR. 445/2000), che i dati forniti nella presente richiesta corrispondono al vero. In caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti il/la richiedente sarà perseguibile a norma di legge (artt. 75 e 76 DPR. 445/2000).

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere restituito al Comando di Polizia Locale di Marcon in caso di decadenza o di trasferimento di residenza dell'avente diritto in altro Comune.

Allo scopo allega la seguente documentazione (barrare la casella interessata):

¹ Scrivere il nominativo del soggetto che sottoscrive la richiesta.

² Scrivere i dati della persona a favore della quale si chiede il rilascio del permesso nel caso in cui sia minorenne, incapace d'intendere e di volere oppure incapace di firmare.

PRIMO RILASCIO:

- 1) Certificato medico originale rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.).
- 2) Fotocopia del documento d'identità del soggetto a favore del quale viene rilasciato il certificato di cui sopra.

RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER PATOLOGIA CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA

- 1) Certificato medico originale rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.).
- 2) Contrassegno scaduto di validità.

RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER PATOLOGIA CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE E PERMANENTEMENTE RIDOTTA – ART. 12 D.P.R. 503/96.

- 1) Certificato medico rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno” (art. 381 comma 3 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.)
- 2) Contrassegno scaduto di validità.

DUPLICATO IN CASO DI FURTO O SMARRIMENTO:

- 1) Copia della denuncia di furto o smarrimento.

MARCON, li _____

_____ FIRMA del richiedente

Nel caso di firma apposta NON in presenza dell'addetto dell'ufficio ricevente dovrà essere allegata fotocopia di un documento d'identità.

Nel caso di firma apposta in presenza dell'addetto dell'ufficio ricevente la persona dovrà essere identificata con gli estremi del documento d'identità _____



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, si comunica che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Marcon Piazza Municipio 20. 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 Marcon. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia **il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta**. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

acconsento

non acconsento

Marcon li _____

Firma _____