Al Comando di Polizia Locale Civitavecchia
Via Braccianese Claudia n.44
Tel. 800633444 – Fax. 0766590411
polizialocale.protocollo@comune.civitavecchia.rm.it

RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE DISABILI (Art.381 D.P.R. n.495 del 16-12-1992) MODELLO EUROPEO (D.P.R. 30 luglio 2012 n.151)

Io sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

residente a_____ in via _____

tel._____ cell._____

parte da compilare **soltanto** nel caso di modulo presentato per conto di altra persona

obbligatorio presentare apposita delega allegando fotocopia del documento d'identità del delegante e del delegato

PER CONTO DI_____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via_____

valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art.75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITÀ DI:

☐ **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)

☐ **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina)_____

_____

☐ **INCARICATO**_____ **(<u>con delega</u>)**

CHIEDO

Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili (art.381 del D.P.R. n.495 dl 16/12/1992 e successive modificazioni), specificando che si tratta di:

☐ **<u>PRIMO RILASCIO</u>** (nuovo contrassegno), a tal fine **ALLEGO:**

- Copia del verbale della commissione medica integrata di cui all'art.20 del D.l.n.78 del 01 Luglio 2009, convertito dalla Legge n.102 del 03 Agosto 2009, 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 al D.P.R. n.495 del 16 Dicembre 1992 e successive modificazioni, in base alle indicazioni fornite dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale RM4, **<u>o</u>** originale della certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata;

Foto

- Copia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità **del disabile**;
- N.2 (due) foto tessera a colori uguali e recenti;
- N.2 (due) marche da bollo da € 16,00 **(se trattasi di invalidità temporanea)**;

☐ **RINNOVO**, contrassegno n._____ a tal fine **ALLEGO:**

- Certificato (in originale) del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno **(se trattasi di invalidità permanente)**;
- Copia del verbale della commissione medica integrata di cui all'art.20 del D.l.n.78 del 01 Luglio 2009, convertito dalla Legge n.102 del 03 Agosto 2009, 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 al D.P.R. n.495 del 16 Dicembre 1992 e successive modificazioni, in base alle indicazioni fornite dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale RM4, **o** originale della certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata **(se trattasi di invalidità temporanea)**;
- Copia della denuncia di smarrimento/furto **(se trattasi di duplicato)**;
- Copia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità **del disabile**;
- N.1 (una) foto tessera a colori recente **(se trattasi di rinnovo contrassegno modello europeo)**;
- N.2 (due) foto tessera a colori uguali e recenti **(se trattasi di rinnovo contrassegno vecchio modello)**;
- N.2 (due) marche da bollo da € 16,00 **(se trattasi di invalidità temporanea)**;
- Contrassegno scaduto.

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art.75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la mia personale responsabilità dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19/bis del D.P.R. n.445/2000 che tutte le copie sono conformi agli originali da me detenuti.

Parte riservata all'ufficio

Ritirato contrassegno n._____ in data _____

dall'operatore _____

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 da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesto. 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. n.495 del 16 Dicembre 1992 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. Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente ed in maniera informatica, gli stessi non saranno comunicati né diffusi ad altri soggetti, ma potranno essere comunicati, qualora necessario, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale, ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti, ai sensi dell'art.7 del D.lgs. 196/2003 (modifica, aggiornamento dei dati ecc.), indirizzando la richiesta al titolare del Trattamento, individuato nel Comando di Polizia Locale del Comune di Civitavecchia Via Braccianese Claudia n.44 – 00053 Civitavecchia (Roma). Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

IMPORTANTE!

Il contrassegno sarà rilasciato entro 15 giorni dalla presentazione della richiesta all'intestatario, che dovrà recarsi personalmente presso il Comando di P.L. per il ritiro del contrassegno e l'apposizione della propria firma su retro dello stesso (i casi di assoluta impossibilità dovranno essere certificati da medico curante).

FIRMA

Civitavecchia _____ _____