



SERVIZIO INTERCOMUNALE POLIZIA MUNICIPALE VALLE DEL SETTA



Comuni di: **Castiglione dei Pepoli** **Grizzana Morandi** **San Benedetto Val di Sambro**

Tel. 0534 801667
Fax. 0534 801668

Tel. 051 6730313
Fax. 051 913014

Tel. 0534 95000
Fax. 0534 95595

Comandanteprm@comune.castiglioneideipepoli.bo.it

Città Metropolitana di Bologna

OGGETTO : richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione del codice della strada").

Io sottoscritto
nato a il
residente a
in via tel.

Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO solo se il FIRMATARIO della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato.

IN NOME E PER CONTO DI
nato a il
residente a
in via tel.

a tal fine, valendomi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 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 o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità DICHIARO DI AGIRE IN QUALITÀ DI:**

- ☐ **FAMILIARE CONVIVENTE** (*obbligatorio* allegare fotocopia di documento di identità dell'interessato)
☐ **ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ** (in caso di minore)
☐ **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina)
☐ **INCARICATO** (è *obbligatorio* allegare delega scritta corredata di documento di identità dell'interessato)

CHIEDO

- **IL RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide** (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO** (barrare la casella corrispondente):
 - ☐ **Parere favorevole (in originale)** rilasciato dal Settore Medico Legale dell'Azienda USL Città di Bologna (1)
 - ☐ **Certificato** della visita per il riconoscimento di invalidità civile e indennità di accompagnamento per "incapacità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore";(2)
 - ☐ **Certificato** della visita per il riconoscimento della L. 104/92 con riconoscimento di handicap grave (art. 3, comma 3) e gravi problemi di mobilità;(2)
 - ☐ **Certificato** della visita per il riconoscimento di cieco assoluto o di cieco con residuo visivo non superiore a 1/20. ;(2)
 - ☐ **N. 1 FOTOGRAFIA** formato tessera

- **IL RINNOVO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide** (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO**:
 1. **Certificato (in originale)** del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio
 2. **Contrassegno scaduto (3)**
 3. **N. 1 FOTOGRAFIA** formato tessera

NOTE

- (1) Visita da prenotarsi presso qualunque punto CUP, escluse le farmacie
- (2) I certificati debbono essere presentati **in originale + fotocopia** (verrà trattenuta solo la fotocopia);
- (3) **OBBLIGATORIA LA RESTITUZIONE: In caso di furto, è necessario presentare copia della denuncia alle autorità di P.S. In caso di smarrimento o altro, occorre rendere specifica dichiarazione circostanziata.**

San Benedetto Val di Sambro, _____

FIRMA _____

IMPORTANTE !

La domanda compilata e sottoscritta dall'interessato, ma **presentata a sportello da persona incaricata chi ritirerà per suo conto il contrassegno, deve essere corredata di delega scritta e di fotocopia del documento di identità dell'interessato** (eccetto il caso di familiari conviventi, per i quali è sufficiente presentare fotocopia del documento di identità del disabile).

Analogamente, in caso di minori o persone interdette, se la domanda viene presentata a sportello da terzi, dovrà essere accompagnata da **delega scritta corredata di fotocopia del documento di identità dell'esercente la patria potestà o del tutore.**

In tutti i casi i **documenti di identità debbono essere in corso di validità.**

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 è finalizzato al rilascio di contrassegno invalidi;
- b) il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il rilascio del contrassegno;
- 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 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 individuato Comune di San Benedetto Val di Sambro (Bo);
- g) il titolare del trattamento è il Comune di San Benedetto Val di Sambro , con sede in Roma, N° 39 – 40048 San Benedetto Val di Sambro (Bo);
- h) il responsabile del trattamento è Comune di San Benedetto Val di Sambro Area Sicurezza e Vigilanza - Via Roma 39 – 40048 San Benedetto Val di Sambro (Bo)