Al Signor Sindaco
Città di San Vito dei Normanni

DOMANDA PER IL RILASCIO / RINNOVO / DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI
(Art. 188 D. Lgs. 30/04/1992, n. 285; art. 381 D.P.R. 495/1992 – Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a
nato/a a..... il, residente a
in via..... n. tel,

consapevole

a) che l'uso dell'autorizzazione rilasciata ai sensi dell'art. 188 del codice della strada è personale, ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario;

b) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;

c) delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come consapevole delle sanzioni penali cui può incorrere e incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (falsità materiale e/o ideologica commessa dal privato in atto pubblico – artt. 482 e 483 cod. pen. – salvo che il fatto costituisca più grave reato);

d) 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 dicembre 2000;

CHIEDE

per proprio conto

in qualità didel/della sig./sig.ra
nato/a a (prov.) il residente in
..... in via n.

1 il **RILASCIO** dell'autorizzazione e del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità:

≤ temporanea peranni /mesi

≤ permanente.

A tale scopo **allega**:

a) ≤ 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, c. 3 d.P.R. 503/96) *oppure, in alternativa*

b) ≤ Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 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'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 d.P.R. 503/96).

c) ≤ 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).

d) ≤ N. 2 foto a colori formato tessera

2 il **RINNOVO** dell'autorizzazione e del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità:

≤ temporanea per anni / mesi **ed allega** certificazione medico-legale della A.S.L. di appartenenza relativa all'accertamento della difficoltà deambulatoria;

≤ permanente, nonché del relativo contrassegno per rendere nota l'autorizzazione;

A tale scopo **allega**:

I. Qualora all'istanza di rilascio sia stata allegata documentazione contenente espressamente i requisiti di cui al punto **1** :

a) certificazione del medico curante che attesta il persistere della condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione (**oppure** ≤ **dichiara**, di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minoranza civile o dell'handicap in quanto affetto dalla patologia invalidante di cui al n. dell'allegato al D.M. 2 agosto 2007 emanato in attuazione dell'art. 6, comma 3, della legge 9 marzo 2006 n. 80 di conversione del D.L. 10 gennaio 2006, n. 4).

b) N. 2 foto a colori formato tessera.

II. Qualora all'istanza di rilascio non sia stata allegata documentazione contenente espressamente i requisiti di cui al punto 1 :

a) ≤ 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, c. 3 d.P.R. 503/96) oppure, in alternativa

b) ≤ Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 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'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 d.P.R. 503/96).

c) ≤ 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).

d) ≤ N. 2 foto a colori formato tessera.

3 il **DUPLICATO** dell'autorizzazione e del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità n. rilasciata il per

≤ smarrimento (allega la relativa denuncia)

≤ furto (allega la relativa denuncia)

A tale scopo **allega:**

I. Qualora all'istanza di rilascio sia stata allegata documentazione contenente espressamente i requisiti di cui al punto 1 :

a) certificazione del medico curante che attesta il persistere della condizioni che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione (**oppure** ≤ **dichiara**, di essere esonerato da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minoranza civile o dell'handicap in quanto affetto dalla patologia invalidante di cui al n. dell'allegato al D.M. 2 agosto 2007 emanato in attuazione dell'art. 6, comma 3, della legge 9 marzo 2006 n. 80 di conversione del D.L. 10 gennaio 2006, n. 4).

b) N. 2 foto a colori formato tessera.

II. Qualora all'istanza di rilascio non sia stata allegata documentazione contenente espressamente i requisiti di cui al punto 1 :

a) 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, c. 3 d.P.R. 503/96) oppure, in alternativa

b) Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 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'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 d.P.R. 503/96).

c) Allega fotocopia del proprio documento di identità (e dell'eventuale delegato) nonché N. 2 foto a colori formato tessera.

San Vito dei Normanni, lì

Firma

.....

Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 196/2003)

Ai sensi dell'articolo 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 richiesti.

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'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 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 Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di San Vito dei Normanni.

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.

San Vito dei Normanni, lì

Firma per accettazione

.....

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul sito web istituzionale e negli uffici del Comune di San vito dei Normanni (Titolare del Trattamento, e-mail: urp@comune.sanvitodeinormanni.br.it , PEC: comunesanvitodeinormanni@pec.rupar.puglia.it), **dichiara di essere informato/a e prendere atto che:**

1. i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della richiesta o del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato.
2. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Comune, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di "rilevante interesse pubblico" nel caso di trattamento di categorie particolari di dati o di dati giudiziari) o connesso all'esercizio di pubblici poteri.
3. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente).
4. Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse.
5. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare l'ufficio protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (rpd@comune.sanvitodeinormanni.br.it).

Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali consultare l'informativa completa disponibile sul sito web istituzionale all'indirizzo <https://www.comune.sanvitodeinormanni.br.it/sezione-informazioni/utilita/privacy#> e presso gli uffici del Comune.

Firma: _____