

**Al Sig. Sindaco
Comune di Vernate**

**RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE “CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO
DISABILI” - DPR 495/92 - D.P.R. 151/2012 –**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ tel _____ cell. _____

E.mail o P.E.C. _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

in nome e per conto PROPRIO.

OPPURE

in qualità di:

FAMILIARE

TUTORE (indicare gli estremi dell'atto) _____

ALTRO: _____

In nome e per conto di: (RICHIEDENTE L'AUTORIZZAZIONE E IMPOSSIBILITATO A FIRMARE):

Sig. / Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente a _____ in via _____ n _____

Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____

E.mail o P.E.C. _____

(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

CHIEDE

IL RILASCIO dell'autorizzazione “contrassegno per parcheggio disabili” di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) al DPR 495/92 e successive modifiche ed integrazioni e al D.P.R. 151/2012.

IL RINNOVO dell'autorizzazione "contrassegno per parcheggio disabili"

N° _____ del _____

IL DUPLICATO dell'autorizzazione "contrassegno per parcheggio disabili"

N° _____ del _____ in quanto: **DETERIORATO** **SMARRITO**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 che: 1. i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per cui sono resi; 2. tali dati potranno essere impiegati o comunicati ad altri soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, per ragioni istituzionali, per operazioni e servizi connessi ai procedimenti e provvedimenti che lo riguardano; 3. su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del sopra citato D.Lgs.. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Corpo di Polizia Locale.

Elementi oggettivi che giustificano la richiesta:

CERTIFICAZIONE MEDICA ALLEGATA **come disposto dall'articolo 381 del regolamento d'esecuzione del C.d.S. comma 3**

A tal fine allega:

- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità (solo se la firma non è apposta davanti all'operatore dell'Ufficio);
- Delega e documento di identità del delegante o altra documentazione equivalente (solo se la domanda viene presentata e/o l'autorizzazione viene ritirata da un soggetto diverso dal richiedente l'autorizzazione);
- N° 1 foto tessera recente del titolare l'autorizzazione (da applicare sul retro dell'autorizzazione in base al D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 "Contrassegno di parcheggio per disabili" europeo);
- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico legale dell'Unità 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 sensibilmente ridotta.

Nel caso di rinnovo del contrassegno: il certificato medico rilasciato dal medico curante che confermi il persistere della deambulazione sensibilmente ridotta, ovvero delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

Nel caso di richiesta di duplicato del contrassegno: la denuncia di smarrimento.

I dati richiesti verranno trattati ai fini del presente procedimento, nel rispetto della privacy, secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e successive modifiche ed integrazioni

IL / LA RICHIEDENTE

Vernate, li _____
