

AL COMUNE DI CAMPONOGARA
PIAZZA MAZZINI, 1

30010 – CAMPONOGARA (VE)

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

(Art. 381 D.P.R. 495/1992; Art.12 D.P.R. 503/1996)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____ cap. _____

telefono _____ E-mail _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.46 e 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

in qualità di (specificare barrando la casella corrispondente al caso):

titolarità del contrassegno per disabili

genitore

Amministratore di sostegno

Tutore legale

di _____
(cognome) _____ (nome)

nato/a il _____ a _____ C.F. _____

e residente in _____ via/piazza _____ n. _____ cap. _____

telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i., trattandosi di:

PRIMA RICHIESTA CONTRASSEGNO, si allega:

- certificato medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale **effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i.; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996;**
- n. 2 foto recente, formato tessera;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale
- copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);

RINNOVO del CONTRASSEGNO N. _____, si allega:

- **(disabilità permanente)** certificazione del Medico di Medicina Generale (medico curante);
- **(disabilità temporanea)** certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale **effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e, s.m.i.; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996;**
- n. 2 foto recente, formato tessera;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
- copia documento d'identità in corso di validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);

(Luogo e data)

(firma del richiedente)

Il contrassegno dovrà essere firmato dal richiedente o da suo rappresentante (genitore - tutore legale – amministratore di sostegno) e ritirato dal soggetto legalmente riconosciuto a tal fine.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

(Luogo e data)

(firma per il consenso)