



Comune di Vigodarzere

Provincia di Padova
Cap 35010 - via Ca'Pisani, 74 tel. 049/88 8831 1

Marca da bollo solo per
autorizzazione
temporanea

Richiesta CONTRASSEGNO DI SOSTA E CIRCOLAZIONE PER PERSONE INVALIDE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE RIDOTTA O NON VEDENTI (art. 381 del DPR. 495/1992 e art. 12 D.P.R. 503/1996)

Il/la sottoscritto/a

Cognome: Nome:
nato/a in Il
residente in Via N.
telefono email

Per conto di:

Il/la sottoscritto/a

Cognome: Nome:
nato/a in Il
residente in Via N.

avendo effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o non vedente ed essendo a conoscenza:

- 1) che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75);
- 2) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 3) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 4) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.)

CHIEDE

Ai sensi dell'art 381 del D. P. R. 495/1992

il RILASCIO del contrassegno disabili PERMANENTE e presenta:

- in originale l'accertamento dell'invalidità dal quale risulta invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta oppure dove è riportata l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del rilascio del contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del DPR. 495/1992 o il verbale della Commissione Medica dal quale risulta lo stato di non vedente oppure ipovedente;
- 1 foto tessera
- fotocopia di un documento di riconoscimento

il RINNOVO del contrassegno disabili PERMANENTE e presenta:

- il certificato del proprio medico curante che attesta il permanere delle condizioni invalidanti
- 1 foto tessera
- fotocopia di un documento di riconoscimento
- Il contrassegno scaduto

il RILASCIO del contrassegno disabili TEMPORANEO(la scadenza è indicata nel certificato) e presenta:

- in originale l'accertamento dell'invalidità dal quale risulta invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta oppure il certificato dell'ufficio medico-legale dell'ULSS n. 6 Euganea dove è riportata l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del rilascio del contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del DPR. 495/1992;
- 1 foto tessera
- fotocopia di un documento di riconoscimento
- 2 marche da bollo € 16.00

il DUPLICATO del contrassegno disabili

PER SMARRIMENTO

PER FURTO

PER DETERIORAMENTO

e presenta:

- denuncia autorità giudiziaria
- 1 foto tessera
- fotocopia di un documento di riconoscimento

DICHIARA

- che i dati anagrafici personali del richiedente sono quelli sopra indicati,
- nel caso in cui sia allegata la copia del verbale della commissione medica integrata, che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

li _____

Il/La richiedente¹

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, così come recepito dal D. Lgs. 10.08.2018 n. 101, dettagliatamente riportata nel sito istituzionale del Comune di Vigodarzere (scaricabile al link <http://www.vigodarzerenet.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/protezione-dei-dati-personali/>) in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 2 dell'informativa.

Vigodarzere li, _____

Firma _____

1 La presente dichiarazione può essere trasmessa all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000