

Reg. n. \_\_\_\_\_

Scade il \_\_\_\_\_

**AL SIG. SINDACO** di  
**COMANDO POLIZIA MUNICIPALE**  
**-UFFICIO VERBALI-**  
**93017 SAN CATALDO**

**Richiesta di RILASCIO/RINNOVO contrassegno invalidi**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il ..... a .....  
residente a ..... in via ..... n° ..... info .....

*Da compilare solo in caso che la domanda venga sottoscritta da persona diversa*

**In nome e per conto di** ..... nato/a il .....  
a ..... residente a **SAN CATALDO** in via ..... n° .....  
info .....

Al sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 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 QUALITA' DI:**

- FAMILIARE CONVIVENTE
- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)
- TUTORE (citare gli estremi dell'atto di nomina).....
- INCARICATO (è obbligatorio allegare delega scritta)

presentando un'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ed essendo a conoscenza che:

- 1) l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 2) non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, scadenza, ecc.)

**CHIEDE**

il **rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta del veicolo adibito al trasporto della persona invalida su indicata ai sensi dell'art. 381 del "Regolamento di Esecuzione" C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92. .  
Allega

certificazione medica rilasciata in data..... dall'Unità Sanitaria Locale competente per territorio che attesta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Oppure

verbale della commissione per accertamento invalidità civile o cecità civile

il **rinnovo** del contrassegno n..... per la circolazione e la sosta del veicolo adibito al trasporto della persona invalida su indicata ai sensi dell'art. 381 del "Regolamento di Esecuzione" C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.92,

Allega:

contrassegno scaduto

e  
 certificazione medica rilasciata in data..... dal medico curante che attesta conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

oppure

verbale della commissione per accertamento invalidità civile o cecità civile

oppure, in caso di rinnovo di permessi temporanei,

certificazione medica rilasciata in data..... dall'Unità Sanitaria Locale competente per territorio che attesta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta,

## DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole 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. del 28/12/2000.

Lì \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

### **Allegare copia di documento di identità dell'interessato se persona diversa, del richiedente.**

Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Relativamente al trattamento dei dati personali e di quelli sensibili inerenti lo stato di salute si informa che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato allo svolgimento del servizio di rilascio dei contrassegni per la circolazione e la sosta degli autoveicoli e che quello dei dati sensibili è, inoltre, funzionale all'attività di rilevante interesse pubblico di riconoscimento dei benefici e delle agevolazioni connessi all'invalidità civile ai sensi del D.L. 196/2003;
- 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, agli uffici della polizia Municipale per l'esercizio del potere di controllo e sanzionatorio in materia di circolazione e sosta degli autoveicoli;
- f) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.);
- g) il titolare del trattamento è il Comune di San Cataldo, con sede in Piazza Papa Giovanni XXIII; il responsabile del trattamento è il Sindaco del Comune di San Cataldo.