

**OGGETTO : richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495 e Art.188 C.d.S. )**

**Io sottoscritto** .....

**nato a** ..... **il**.....

**residente a** .....

**in via** ..... **tel.**.....

*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.*

**Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO solo se il FIRMATARIO della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato.**

**IN NOME E PER CONTO DI** .....

nato a ..... **il** .....

residente a.....via.....n.....tel.....

*a tal fine, valendomi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 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:**

**ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)

**TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina )

.....

*In caso di minori o persone interdette, se la domanda viene presentata a sportello da terzi, dovrà essere accompagnata da **documento di identità dell'esercente la patria potestà o del tutore.***

### **CHIEDO**

**IL RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide ed a tal fine:

- **ALLEGO** il parere favorevole (in originale) rilasciato dall'AUSL di competenza,

oppure

- **ALLEGO** la denuncia di smarrimento/furto redatta da un organo di Polizia;

**IL RINNOVO** del contrassegno n. .... per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, ed a tal fine **ALLEGO** il contrassegno scaduto e

- per i contrassegni a valenza illimitata (5 anni), **certificato del medico curante** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

- per i contrassegni a valenza temporanea (meno di 5 anni), **certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'AUSL** di appartenenza;

### **Si allega n. 1 FOTOTESSERA RECENTE**

Dichiaro di essere informato che il contrassegno dovrà essere restituito in caso di scadenza e/o perdita dei requisiti.

---

---

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, e successive modificazioni ed integrazioni:

· il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni/ricieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;

· il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;

- il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione o l'annullamento dei procedimenti amministrativi;
- in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni/ricieste ad altri Enti pubblici o privati competenti;
- il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;
- titolare della banca dati è il Comune di Anzola dell'Emilia; responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dell'Area Amministrativa e Innovazione.

Anzola dell'Emilia, \_\_\_\_\_ FIRMA DEL TITOLARE \_\_\_\_\_

---

---

DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL FIRMATARIO \_\_\_\_\_

L'operatore URP \_\_\_\_\_

**In caso di impossibilità dell'interessato a presentarsi direttamente allo Sportello Urp allegare alla richiesta l'atto di delega compilato nella pagina seguente.**

**ATTO DI DELEGA (da compilare solo in caso di impossibilità dell'interessato a presentarsi direttamente allo Sportello)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)il \_\_\_\_\_

**DELEGO**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

Il Sottoscritto

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**- ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL RICHIEDENTE E DEL DELEGATO.**

---

Visto: l'operatore Urp AUTORIZZA:

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_