

OGGETTO: richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art.381 del DPR 16/12/1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione del CdS").

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, documento \_\_\_\_\_  
numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

in nome e per conto:

proprio

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 DEL

Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_,

a tal fine valendomi della disposizione di cui agli art.t. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 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**

- FAMILIARE ( è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell'interessato).  
 ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE (in caso di minore)  
 TUTORE (citare gli estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_  
 INCARICATO ( è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell'interessato).

**CHIEDE**

il **RILASCIO** del contrassegno e **ALLEGA:**

- certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione oppure verbale di accertamento della Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili da cui risulti che la persona necessita dello speciale contrassegno di circolazione e sosta (ex art 381 D.P.R. 495/1992).
- nr. 01 fototessera

il **RINNOVO** del contrassegno e **ALLEGA:**

- certificato (in originale) del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- contrassegno scaduto.
- nr. 01 fototessera

il **DUPLICATO/SOSTITUZIONE**

- contrassegno da restituire
- denuncia di smarrimento/furto
- nr. 01 fototessera

Valsolda, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*I dati personali da Lei comunicati con il presente modulo verranno trattati dal Comune di Valsolda nel rispetto dei principi del Regolamento UE n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196 del 2003, per realizzare finalità istituzionali dell'Ente, e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per finalità e limiti indicati nel documento informativo pubblicato in forma estesa sul sito web istituzionale dell'Ente ([www.comune.valsolda.co.it](http://www.comune.valsolda.co.it)) e disponibile presso lo sportello, oppure affisso allo sportello stesso in forma semplificata.*

Valsolda, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento, e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.*

Valsolda, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_