

**MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO AUTO PER PERSONE
CON GRAVI DISABILITA' NELLA DEAMBULAZIONE**

(da presentare a Comune di CASTELL'AZZARA, Via Marconi n°2)

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita localit  di nascita

Residente in Castell'Azzara in _____ tel.abit. _____
via/piazza n.civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

- ☐ **Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")**

A tale scopo allega:

1 - Documentazione originale (da portare in visione - viene restituita) rilasciata dalla Azienda USL:

- Certificato di accertamento dell'handicap - legge 104/92 con dicitura "presenta capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta - SI";
- oppure Certificato medico-legale uso contrassegno auto con dicitura "ha diritto al rilascio del contrassegno".

Il certificato   rilasciato dalla ASL previa visita medica .

LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDIT  CIVILE, ANCHE AL 100%, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI

2 - Documento d'identit  in corso di validit 

- ☐ **Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto

- ☐ **Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**. Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identit  in corso di validit 
- Contrassegno scaduto

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento   il Comune di Castell'Azzara , Via Marconi n 2. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Castell'Azzara o di altre societ  nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata d  il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalit  indicate.

acconsento ☐

non acconsento ☐

(barrare casella)

Castell'Azzara _____
data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

- ☐ **IN QUALIT  DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

ALL'ATTO DEL RITIRO:

Castell'Azzara, _____
data firma

in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identit  del delegato.