



COMUNE DI VILLAFRATI

Città Metropolitana di Palermo

MODULO DI RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Il/la sottoscritt _____

consapevole della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero

DICHIARA

di essere nat_ a _____ il _____, residente a

Villafrati in _____,

tel _____ C.F. _____

genitore/tutore di _____,

nat_ a _____ il _____, residente a Villafrati

in _____ C.F. _____

C H I E D E

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta

IL RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega.

certificato Medico Legale di deambulazione sensibilmente ridotta rilasciato dalla ASP. In sede di accertamento delle condizioni di invalidità è possibile richiedere il rilascio di tale certificato;

• verbale di Invalidità Civile in cui risulti l'indennità di accompagnamento (sia per impossibilità a deambulare che per impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita per disabilità riguardanti la sfera psico-intellettuale) o la cecità assoluta o parziale (visus non correggibile uguale o minore di 1/20),

• documento di identità del richiedente o nel caso di persona delegata una delega in carta semplice;

• n. 1 fotografia recente, formato tessera;

• eventuale contrassegno in scadenza (per il rinnovo).

IL RINNOVO del contrassegno N. _____ con validità di 5 anni per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art 381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega

Certificazione del medico curante attestante "la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";

Copia Documento d'identità del richiedente; o Contrassegno scaduto; o Fotografia formato tessera del richiedente.

IL RINNOVO del contrassegno N. ____ con validità inferiore a 5 anni (temporaneo) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art 381 del DPR 495/92).

A tale scopo allegare: o Certificazione originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione ;

• Copia Documento d'identità del richiedente,

• Contrassegno scaduto;

• Fotografia formato tessera del richiedente

Data firma del richiedente

La domanda deve essere firmata dal richiedente in presenza del Funzionario dell'Ufficio;

In alternativa l'interessato può allegare alla richiesta copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità

ADEMPIMENTI LEGGE PRIVACY 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 è il Comune di Villafrati (PA) Pzza Umberto I° 12

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 Villafrati. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Comune di Villafrati.

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

acconsento

non acconsento

Data, _____;

firma del richiedente
