

OGGETTO: Richiesta autorizzazione in deroga per la mobilità di persone invalide e rilascio contrassegno

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
Residente a _____ Via _____
n. _____, Cod. Fisc. _____
tel _____ E.mail _____

in nome e per conto PROPRIO;

dichiarando di agire in qualità di: (dichiarazione resa ai sensi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa -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 propria personale responsabilità)

- Familiare convivente** **Esercente la patria genitoriale** **Familiare non convivente**
 Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (allegare gli estremi dell'atto di nomina)

in nome e per conto DI (richiedente l'autorizzazione impossibilitato a firmare)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
Residente a _____ Via _____
n. _____, Cod. Fisc. _____

CHIEDE

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:

1. Certificazione medica in originale, prevista dall'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n.104 e dall'art. 381, 3° c. del Regolamento di esecuzione al C.d.S., **oppure** in alternativa copia del verbale della Commissione Medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno per disabili, unitamente a dichiarazione sostitutiva di atto notorio di conformità all'originale e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.
2. Fotocopia di un valido documento d'identità in corso di validità del richiedente e dell'eventuale delegato.
3. N. 2 Fotografie recenti a colori (formato tessera)

Il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità di 5 anni, a tale scopo allega:

1. Certificato in originale rilasciato dal medico curante che "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**".
2. Fotocopia di un valido documento d'identità in corso di validità del richiedente o delegato.
3. Contrassegno scaduto (Contrassegno n. _____)
4. N. 2 Fotografie recenti a colori (formato tessera)

Il duplicato del contrassegno n. _____ in seguito a deterioramento, a tale scopo allega:

1. Contrassegno deteriorato
2. N. 2 Fotografie recenti a colori (formato tessera)

Chiede il duplicato del contrassegno n. _____ in seguito a smarrimento o furto

A tale scopo allega:

1. Copia della denuncia di furto o smarrimento presentata alla competente Autorità
2. N. 2 Fotografie recenti a colori (formato tessera)

Lamezia Terme, _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 (codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Forte dei Marmi, per le finalità connesse all'erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo Decreto, l'interessato ha il diritto ad avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiederne la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di FORTE DEI MARMI P.zza Dante 1, che ha nominato Responsabile del trattamento dati il Comandante della Polizia Locale.

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