

Timbro protocollo comune

AL COMUNE DI SEGNI
COMANDO POLIZIA LOCALE
Via Umberto I°, N.99 - 00037 Segni (RM)
Mail: polizialocale@comune.segni.rm.it
Pec: polizialocale.segni@pec.it

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 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada")

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in via _____ tel. _____

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 _____ in Via _____
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 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 QUALITÀ DI

(barrare la voce interessata)

- FAMILIARE** (obbligatorio allegare fotocopia documento di identità dell'interessato).
- ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE** (in caso di minore).
- TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) _____
- INCARICATO** (è obbligatorio allegare delega scritta corredata di documento di identità dell'interessato).

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:

- Certificazione medica rilasciata dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;
oppure:
- Verbale di accertamento della Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili contrassegnato
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- N. 1 fotografia formato tessera del richiedente.

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;
- Contrassegno scaduto;
- N. 1 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 allega:

- Certificazione originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione;
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Contrassegno scaduto;
- N.1 fotografia formato tessera del richiedente.

DUPLICATO/SOSTITUZIONE del contrassegno N. _____ per la circolazione e la sosta dei
veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).

A tale scopo allega:

- Contrassegno da restituire;
- Denuncia smarrimento/furto
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- N.1 fotografia formato tessera del richiedente.

**IN CASO DI TRASFERIMENTO DI RESIDENZA O DECESSO DEL TITOLARE, IL
CONTRASSEGNO DEV'ESSERE RESTITUITO ALL'UFFICIO CHE LO HA EMESSE**

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio, ma in sua mancanza il Comune di Segni potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Il Comune di Segni la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire le Sue eventuali istanze o richieste.

Segni, _____

FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Contrassegno n° _____ rilasciato il _____

al/alla Sig./Sig.ra _____

in qualità di _____

Firma per ricevuta

L'OPERATORE