

Domanda per il rilascio del contrassegno **Invalidi**  
ai sensi del comma 3° art. 381 DPR 495/92

Esente bollo ai sensi art. 16 tab. allegato B del D.P.R. 26.10.1972 n. 642

**richiesta da parte dell'intestatario/a**

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

**Dichiaro**

DATI ANAGRAFICI			
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome e Nome:	<input type="text"/>		
Nato/a a:	Prov.:	Il giorno:	
Residente a:	Via:	N. civico:	CAP:
Telefono fisso e/o cell. <sup>(*)</sup>	Fax: <sup>(*)</sup>	E-mail: <sup>(*)</sup>	

(\* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

**di avere ridotte capacità deambulatorie;**

**CHIEDO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

- rilascio nuovo permesso invalidi  
 rinnovo permesso invalidi n. \_\_\_\_\_

RITIRO / DELEGA (compilare solo se necessario)		
<input type="checkbox"/>	DELEGO alla presentazione della domanda e al ritiro del permesso il/la sig./sig.ra:	
Cognome e Nome:		
Nata/a a:	Prov.:	Il giorno:

**La persona delegata deve identificarsi al personale del Settore Polizia Locale tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA già compilata e sottoscritta dal delegante e **NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale del Settore Polizia Locale.****

**ALLEGRO** : certificato medico in originale  
originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,

**Firma leggibile** (vedere Nota -1-)

**NOTA -1-** Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

**richiesta da parte del tutore**

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

**Dichiaro**

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Telefono fisso e/o cell. <sup>(*)</sup>	Fax: <sup>(*)</sup>	E-mail: <sup>(*)</sup>	

(\* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

di essere il **tutore a norma di legge** di:

DATI ANAGRAFICI			
Codice Fiscale:	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Telefono fisso e/o cell. <sup>(*)</sup>	Fax: <sup>(*)</sup>	E-mail: <sup>(*)</sup>	

(\* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

**il quale ha ridotte capacità deambulatorie;**

per suo nome e conto **CHIEDO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

- rilascio nuovo permesso invalidi  
 rinnovo permesso invalidi n. \_\_\_\_\_

**RITIRO / DELEGA** (compilare solo se necessario)

<input type="checkbox"/>	DELEGO alla presentazione della domanda e al ritiro del permesso il/la sig./sig.ra:		
Cognome e Nome:			
Nata/a a:		Prov.:	Il giorno:

**La persona delegata deve identificarsi al personale del Settore Polizia Locale tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA già compilata e sottoscritta dal delegante e **NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale del Settore Polizia Locale.****

**ALLEGO** : certificato medico in originale  
originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,

**Firma leggibile** (vedere Nota -1-)

**NOTA -1-** Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
**(art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196)**

Egregio Signore, Gentile Signora

Con riferimento ai Suoi dati personali i quali ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 vengono definiti come "qualunque informazione relativa a persona fisica, giuridica, ente od associazione, identificato o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale" da Lei inseriti nel presente modulo si forniscono le indicazioni di seguito indicate:

- il trattamento dei predetti è destinato al rilascio dei permessi per parcheggio invalidi;
- i dati personali dichiarati nel presente modulo saranno oggetto di trattamento in applicazione delle "misure di sicurezza" di cui agli artt. 31 e seguenti del D.Lgs. 196/2003 ed allegato al disciplinare tecnico e specificamente "...custoditi e controllati, anche in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, alla natura dei dati e alle specifiche caratteristiche del trattamento, in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o di perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta." Art. 31 comma 1 D.Lgs. 196/2003;
- per trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 196/2003 si intende qualsiasi operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati, anche se non registrati in una banca di dati";
- I dati da Lei dichiarati nella presente modulistica potranno, se necessario, essere comunicati, per le finalità di cui sopra e tenuto conto delle specifiche competenze e funzioni, ad altre strutture dell'Ente Comune di Sona;
- I diritti che Lei può esercitare in materia di accesso ai dati personali, di esercizio degli stessi, di modalità di esercizio, di riscontro all'interessato sono disciplinati dal TITOLO II (artt. 7,8,9,10) del D.Lgs. 196/2003;
- I diritti "di accesso ed altri diritti ai dati personali ed altri diritti" previsti a norma dell'art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003 possono essere esercitati con specifica richiesta rivolta al Responsabile del trattamento – presso il Settore Polizia Locale del Comune di Sona (VR) con sede in Piazza Roma, 1 – in busta chiusa, a mezzo raccomandata, via fax al numero 045/60 80 895 o 045/60 91 260 o tramite posta elettronica al seguente indirizzo e-mail: [poliziamunicipale@comune.sona.vr.it](mailto:poliziamunicipale@comune.sona.vr.it) .
- Tale richiesta può essere inoltrata anche in modo informale ed oralmente e in tal caso è annotata sinteticamente a cura del Responsabile;
- Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. f) viene definito "titolare la persona fisica, la persona giuridica, **la pubblica amministrazione**, e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza";
- Il titolare del trattamento dei dati personali riferiti dell'Ente è il Comune di Sona (VR);
- Il Responsabile del trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 29, comma 2, del D.Lgs. 196/03, riferiti ai dipendenti dell'Ente è il Responsabile del Settore Polizia Locale Ten. Mori Roberto.

Data...../...../.....

Firma leggibile \_\_\_\_\_

allegare alla domanda:

**PER RILASCIO NUOVO PERMESSO**

- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario in caso di richiesta da parte di tutore.
- **Certificazione medica: le visite mediche per il rilascio del contrassegno invalidi vengono effettuate presso gli Uffici Medico-Legali dei Distretti Sanitari di Base di residenza degli interessati.**

I permessi invalidi vengono rilasciati soltanto dal Comune ove la persona interessata abbia la residenza anagrafica

**PER RICHIESTA RINNOVO PERMESSO**

- **Vecchio permesso**
- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario in caso di richiesta da parte di tutore
- **Certificazione del medico curante** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- (in caso di cambio residenza: autocertificazione che il certificato originario dell'ufficio medico-legale era stato rilasciato senza vincoli di tempo e dove è depositato in modo che sia possibile richiederlo)

*I rinnovi vengono effettuati solo se il certificato dell'ufficio medico-legale dell'ULSS è stato rilasciato senza limiti. I permessi rilasciati a fronte di un certificato con periodo limitato (esempio due anni), non sono rinnovabili.*

**Spazio riservato all'ufficio**

---

---

---

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO PERMESSI (NON COMPILARE)**

Se firmato davanti all'operatore indicare i riferimenti del documento di identità del **RICHIEDENTE**:

(  C.I.n° -  Pat. n° -  Altro ) \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

con scadenza \_\_\_\_\_

Dubbi emersi sulla veridicità delle dichiarazioni (ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000):

<input type="checkbox"/>	<b>NO</b> - (controlli a campione).
<input type="checkbox"/>	<b>SI'</b> - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

Data...../...../.....

Firma dell' addetto \_\_\_\_\_