

Domanda per il rilascio del **contrassegno di parcheggio per disabili**

ai sensi del comma 3° art. 381 DPR 495/92 (Esente bollo)

RICHIESTA DA PARTE DELL'INTERESSATO

Sotto la mia personale responsabilità e conscio/a 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 sottoscritto/a

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

(*) Tel. O cellulare e/o indirizzo e-mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al contrassegno)

Dichiaro di avere ridotte capacità deambulatorie;

dichiaro altresì che la copia del verbale della Commissione Medica integrata, allegata alla presente richiesta, è conforme all'originale e che quanto ivi attestato non e' stato revocato, sospeso o modificato (barrare la presente casella solo nel caso venga allegata copia del verbale della commissione medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi)

CHIEDO (barrare una delle due caselle sottostanti):

rilascio nuovo permesso invalidi rinnovo permesso invalidi n. _____

(barrare se del caso) **dichiaro** inoltre di recarmi nella Z.T.L. di Verona almeno 1 volta al mese e di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L., il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona

ALLEGARE ALLA PRESENTE QUANTO SPECIFICATO A PAGINA 3:

Firma leggibile (vedere Nota -1-)

Data, _____

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 conscio/a 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 sottoscritto/a

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

(*) Tel. O cellulare e/o indirizzo e-mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al contrassegno)

Dichiaro 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:

il quale ha ridotte capacità deambulatorie;

dichiaro altresì che la copia del verbale della Commissione Medica integrata, allegata alla presente richiesta, è conforme all'originale e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o **modificato** (barrare la presente casella solo nel caso venga allegata copia del verbale della commissione medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi)

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

rilascio nuovo permesso invalidi rinnovo permesso invalidi n. _____

(barrare se del caso) **dichiaro** inoltre di recarmi nella Z.T.L. di Verona almeno 1 volta al mese e di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L., il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA

--	--	--	--	--	--	--	--

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona

ALLEGARE ALLA PRESENTE QUANTO SPECIFICATO A PAGINA 3:

Firma leggibile (vedere Nota -1-)

Data, _____

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 AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196/2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali, il Comune di Sona, in qualità di Titolare del trattamento ("Titolare"), è tenuto a fornirLe la seguente informativa sul trattamento dei Suoi dati personali.

1. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali verranno trattati dal Titolare per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, in relazione al procedimento relativo alla domanda di permesso di transito e/o sosta .

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso .

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare. Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento.

I Suoi dati personali potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

La informiamo che il Codice in materia di protezione dei dati personali attribuisce all'Interessato la possibilità di esercitare specifici diritti. Lei potrà ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, l'aggiornamento, la rettificazione o, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Sona, con sede in Piazza Roma, 1 - 37060 Sona (VR). Il Titolare ha nominato Responsabile preposto per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui al punto precedente, Il Responsabile del Settore Polizia Municipale, presso la sede di Piazza Roma n. 10 – 37060 Sona (VR), telefono 045/6091203 - fax 045/6080895 - e-mail: info@comune.sona.vr.it

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

Firma leggibile _____

ALLEGARE ALLA DOMANDA:

PER NUOVO PERMESSO

- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario e, nel caso, del tutore legale.
- **UNA foto a colori**, formato tessera, **dell'invalido**
- **Certificazione medica in originale rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'U.S.S.L. di appartenenza**, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. (art. 381 D.P.R. 495/1992)
In alternativa alla certificazione medica di cui sopra, può essere prodotta copia del verbale della Commissione Medica integrata **riportante anche** l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi; **il richiedente dovrà in tal caso autocertificare, mediante barratura dell'apposita casella, che la copia è conforme all'originale e che quanto ivi attestato non e' stato revocato, sospeso o modificato.**

PER RINNOVO PERMESSO

(N.B. : **NON SONO RINNOVABILI** i permessi rilasciati sulla base di un **certificato con periodo limitato**)

- **Vecchio permesso**
- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario e, nel caso, del tutore legale
- **UNA foto a colori**, formato tessera, **dell'invalido**
- **Certificazione del medico curante in originale** 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 permessi invalidi vengono rilasciati soltanto dal Comune ove la persona interessata abbia la residenza anagrafica

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):

NO - (controlli a campione).

SI' - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

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

Firma dell' addetto _____