

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a Sala Bolognese in _____ n. _____ tel. _____

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 si allega:

- Certificato originale rilasciato dall'Ufficio Medico-legale Azienda Sanitaria LOcale attestante le impedito o sensibilmente ridotte capacità di deambulazione (art. 381 DPR 495/92) previa visita medica prenotabile presso il CUP locale, senza necessità di preventiva richiesta del medico curante; (1)

Documento d'identità;

n. 02 fotografie formato tessera

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità inferiore a 5 anni

A tale scopo si allega:

- Certificato originale rilasciato dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale attestante le impedito o sensibilmente ridotte capacità di deambulazione (art. 381 DPR 495/92) previa visita medica prenotabile presso il CUP locale, senza necessità di preventiva richiesta del medico curante; (1)

- Documento d'identità;

- Contrassegno scaduto;

- n. 02 fotografie formato tessera

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità di 5 anni

A tale scopo si allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **“conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”**

- Documento d'identità;

- Contrassegno scaduto;

- n. 02 fotografie formato tessera

(ATTENZIONE1 : la visita ASL può essere prenotata anche telefonando al n. 800.884.888)

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 Sala Bolognese, Piazza Marconi 1. 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 Sala Bolognese o di altre società nominate responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. 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 Titolare.

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

Sala Bolognese _____

Firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA DA ALLEGARE ANCHE:

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (se non è familiare convivente);

- documento d'identità del delegato e del disabile.

Sala Bolognese _____

Firma del delegato
