

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o.....

cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il a Prov.

data di nascita

località di nascita

Residente a Rapagnano in tel. abitazione

via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta: --

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:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identità

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

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identità
- Contrassegno scaduto

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

A tale scopo 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

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 Rapagnano. 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 Rapagnano. 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

Rapagnano, _____
Data firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

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

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)
- documento d'identità del delegato.

Rapagnano, _____
Data firma del delegato