



Al Comune di Susegana
Piazza Martiri della Libertà, 11
31058 Susegana TV

COMUNE SUSEGANA

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

(Art. 381 D.P.R. 495/1992; Art. 12 D.P.R. 503/1996)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ C.F. _____

e residente in _____ via/piazza _____ n. _____

cap, _____ tel./cell. _____ e-mail _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per attestazioni o di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli art.46 e 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000

in qualità di (specificare barrando la casella corrispondente al caso) :

titolarità del contrassegno per disabili

Genitore Tutore legale Amministratore di sostegno
(legalmente autorizzato a tal fine si allega la necessaria documentazione di nomina)

di _____

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a il _____ a _____ C.F. _____

e residente in _____ via/piazza _____ n. _____

cap. _____ tel./cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili di cui all'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i., trattandosi di:

PRIMA RICHIESTA CONTRASSEGNO, in allegato produce:

- certificato medico rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996;
- n. 2 foto recenti, formato tessera;
- fotocopia documento d'identità in corso validità;
- fotocopia documento d'identità in corso validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
- estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;

segue

■ **RINNOVO del CONTRASSEGNO N.** _____ , in allegato produce:

- **(disabilità permanente)** certificazione del medico di medicina generale (medico curante);
- **(disabilità temporanea)** certificato medico rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale o ULSS di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante l'attuale effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i; o lo stato di non vedente D.P.R. n.503/1996;
- n. 2 foto recenti, formato tessera;
- fotocopia documento d'identità in corso validità;
- fotocopia documento d'identità in corso validità (genitore/tutore legale/amministratore di sostegno);
- estremi dell'atto di nomina in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno;

Il contrassegno al momento del ritiro dovrà essere debitamente e personalmente firmato dal richiedetene o dal rappresentante (genitore – tutore legale – amministratore di sostegno) legalmente riconosciuto a tal fine

Susegana, _____

(firma del richiedente)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi degli artt. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Susegana, _____

(firma per il consenso)