**MARCA DA BOLLO SE TRATTASI DI**

**AUTORIZZAZIONE MEDICO-LEGALE**

**TEMPORANEA**

**AL SIG. SINDACO**

 **di SEMINARA**

**DOMANDA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL “CONTRASSEGNO INVALIDI”**

### **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 mendaci, ai sensi degli articoli 46 e 47 del**

**D.P.R. 445/2000, il sottoscritto**

(cognome e nome) Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | data di nascita: | | |-| | |-| | | | | cittadinanza luogo di nascita: Comune

Provincia Stato residenza: C.A.P. | | | | | | SEMINARA Via/piazza

 n. recapito telefonico:

e-mail

# **CHIEDE**

### (barrare e completare solo il riquadro che interessa)

* **PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO**

 Allegare **Attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L.**

 ché la persona ha “effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta” (ai sensi dell’art.381 del DPR n.495/92,

 oppure che appartiene alla categoria dei non vedenti (ai sensi dell’art. 12 c. 3 D.P.R.n.503/96);

 due foto tessera del titolare del contrassegno;

* **copia di un documento di identità in corso di validità dell’invalido e dell’eventuale delegato.**

 **PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO TEMPORANEO**

 Allegare **Attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L.**

 ché la persona ha “effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta” (ai sensi dell’art.381 del DPR n.495/92

 due foto tessera del titolare del contrassegno;

 una marca da bollo da 16.00 euro

* **copia di un documento di identità in corso di validità dell’invalido e dell’eventuale delegato.**
* **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO ( con durata 5 anni ) N. scadente il**

 (Allegare **Certificato del medico curante** che attesti espressamente “ il persistere delle condizioni

 sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno in scadenza**”**,

 e fotocopia del contrassegno in scadenza, da restituire in originale al ritiro del contrassegno rinnovato ;

* **RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO** (**di durata inferiore ai 5 anni**) **N. scadente il**

 (Allegare **Attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.P.** come indicato per il primo rilascio);

* **DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO N. scadente il** (Allegare: **Contrassegno in originale, in caso di contrassegno deteriorato o illeggibile;**
* **Autocertificazione firmata dal titolare del contrassegno,**
* **in caso di smarrimento, o furto , Denuncia alle Forze di Polizia**;

#  **DELEGA**

### Il sig./sig.ra nato il a Prov. ( ) e residente in -Prov. ( ) Via/Piazza

 Tel. a presentare la richiesta e a ritirare per mio conto il relativo contrassegno.

*(TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI)*

*- Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dal Comune, a seguito della richiesta di rilascio del contrassegno invalidi, si rappresenta che il Comune Seminara con sede in piazza Vittorio Emanuele , in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati conferiti con la precitata richiesta, con modalità manuali, informatiche telematiche, per le finalità previste dall’art.381 del D.P.R. 495/1992 (Regolamento del Codice della Strada), in particolare per l’esecuzione dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente l’avvio del procedimento finalizzato al rilascio del contrassegno . I dati acquisiti nell’ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale della Ripartizione Sviluppo Economico o dalle imprese nominate come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell’attività istruttoria e nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell’Unione Europea. Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per lamentare una violazione della disciplina sulla protezione dei dati personali e di ottenere dal Comune di Seminara, nei casi previsti, l’accesso ai dati personali e la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt..15 e ss..del Regolamento UE 2016/679). L’apposita istanza al Comune di Seminara è presentata contattando il responsabile della Protezione dei Dati Personali.*

### Seminara Il sottoscritto

(firma per esteso e leggibile)

Annotazioni:

* + Il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del Titolare presso l’ ufficio di Polizia Locale che lo ha rilasciato ;
	+ Per la consegna del contrassegno richiesto a termini di legge **l’Ufficio ha 30 giorni di tempo per emettere quanto richiesto**;
	+ il contrassegno potrà essere ritirato presso l’Ufficio di Polizia Locale