

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO AUTO PER PERSONE CON GRAVI DISABILITA' NELLA DEAMBULAZIONE**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
*data di nascita localit  di nascita*

Residente a UBOLDO 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: cittadini con "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")**

A tale scopo allega:

1 - Documentazione originale (da portare in visione - viene restituita) rilasciata dalla Azienda Sanitaria di SARONNO:

- Certificato di accertamento dell'handicap - legge 104/92 con dicitura "presenta capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta - SI";
- oppure Certificato medico-legale uso contrassegno auto con dicitura "ha diritto al rilascio del contrassegno".  
Il certificato   rilasciato dalla ASL previa visita medica  
**LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDIT  CIVILE, ANCHE AL 100%, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI**

2 - Documento d'identit  in corso di validit 

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validit  inferiore a 5 anni.**

A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto

- Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validit  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". Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identit  in corso di validit 
- 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   il Comune di UBOLDO, Piazza S. Giovanni Bosco, 2. 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 UBOLDO o di altre societ  nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata d  il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalit  indicate.

acconsento  (barrare casella)  
non acconsento

UBOLDO, \_\_\_\_\_  
data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

- IN QUALIT  DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

**ALL'ATTO DEL RITIRO:**

UBOLDO, \_\_\_\_\_  
data firma

**in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identit  del delegato**