Richiesta autorizzazione DISABILI - DPR 495/92 e s. m. e i.

Il/la sottoscritto/a _____
Sesso M / F nato/a il _____ a _____ prov. (____)
Residente a _____ in _____ n _____ int _____
Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____
E.mail _____ pec _____
(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

in nome e per conto **PROPRIO**;

dichiarando di agire in qualità di

TUTORE

ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'

ALTRO: _____

in nome e per conto di *(richiedente l'autorizzazione impossibilitato a firmare):*

Il/la sottoscritto/a _____ Sesso M / F nato/a il _____ a _____ prov. (____)
Residente a in Via _____ civico _____ int _____
Cod. Fisc. _____ tel _____ cell _____
E.mail _____ pec _____
(l'indirizzo potrà essere utilizzato per comunicazioni relative a procedimento e autorizzazione; si chiede di dare riscontro dell'avvenuto ricevimento)

dichiarazione resa ai sensi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere consapevole che l'autorizzazione è strettamente personale e che l'uso del contrassegno è consentito solo sul veicolo al servizio del disabile;

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione disabili di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR 495/92 e s.m.i.

il rinnovo dell'autorizzazione n. _____ del _____

la conversione dell'autorizzazione n. _____ del _____ nel nuovo modello europeo *(D.P.R. 151/2012)*

A tal fine allega:

Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità *(solo se la firma non è apposta davanti all'operatore dell'Ufficio);*

Delega e documento di identità del delegante o altra documentazione equivalente *(solo se la domanda viene presentata e/o l'autorizzazione viene ritirata da terzi);*

Una foto tessera recente del titolare l'autorizzazione *(da applicare sul retro dell'autorizzazione in base al D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 "Contrassegno di parcheggio per disabili" europeo);*

Certificato sanitario rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale **(PER RILASCIO)**

Certificato del medico curante attestante il permanere delle condizioni che hanno portato al rilascio dell'autorizzazione originale **(PER RINNOVO – vedi indicazioni retro)(*)**

Il/la richiedente (firma leggibile)

_____ li _____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- il titolare dei dati trattati è il Sindaco
- il responsabile del trattamento dei dati è il Comandante di Polizia Locale

Preso atto che il D Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che, richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali:

il sottoscritto _____,
nato a _____ () il _____,
residente a _____, in _____, esprime
il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data . _____ FIRMA

(*)INDICAZIONI SOLO PER RINNOVO

Art. 381 Reg CDS DPR 495/1992 (Art. 188 Cod. Str.)
(Strutture , contrassegno e segnaletica per la mobilità delle
persone invalide)

1. omissis
2. omissis
3. omissis. **Il rinnovo avviene con la presentazione del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.**

Pertanto la dicitura da far riportare dal medico curante nel certificato dovrà contenere ex legge una formula conforme a quella sopra evidenziata