

Al Sig. Sindaco del Comune di :

- Carlino (UD)
- Marano Lagunare (UD)
- Porpetto(UD)
- San Giorgio di Nogaro (UD)

**OGGETTO: Domanda di rilascio o rinnovo dell'autorizzazione e del relativo "contrassegno invalidi" per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 188 d. lgs. 285/92 e art. 381 d.p.r. 495/92).**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IN DATA	
RESIDENTE		VIA/PIAZZA	
TELEFONO		E-MAIL	

in conformità a quanto previsto dal vigente Codice della Strada (artt. 5, 6, 7 e 188 D.L.vo n. 285 del 30.04.1992 e art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16.12.1992) nonché dal D.P.R. n. 151 del 30.07.2012,

### CHIEDE

**Autorizzazione a carattere permanente (5 anni).** A tale scopo allega:

✓ CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'UFFICIO MEDICO-LEGALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI APPARTENENZA (a carattere permanente) che certifichi la sussistenza di capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, *oppure, in alternativa*, VERBALE DELLA COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA (il verbale non deve prevedere la revisione dell'accertamento) di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, della legge 3 agosto 2009, n. 102, ("commissione medica per l'accertamento dell'handicap "), che certifichi la sussistenza di capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

✓ N. **2 foto** formato tessera della persona invalida;

**Autorizzazione a carattere temporaneo.** A tale scopo allega:

✓ CERTIFICAZIONE MEDICA RILASCIATA DALL'UFFICIO MEDICO-LEGALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI APPARTENENZA (a carattere temporanea) che certifichi la sussistenza di capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, *oppure, in alternativa*, VERBALE DELLA COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA (il verbale prevede la revisione dell'accertamento) di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, della legge 3 agosto 2009, n. 102, ("commissione medica per l'accertamento dell'handicap "), che certifichi la sussistenza di capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

✓ N. **2 foto** formato tessera della persona invalida;

✓ N. **2 marche** da bollo del valore di euro 16,00;

**Rinnovo** dell'autorizzazione n. \_\_\_\_\_ dd \_\_\_\_\_ rilasciata a carattere permanente.  
A tale scopo allega:

✓ CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DAL COMPETENTE MEDICO DI BASE che conferma la persistenza delle condizioni fisiche invalidanti;

✓ N. **2 foto** formato tessera della persona invalida;

✓ Autorizzazione e contrassegno scaduti.

**Duplicato** del " autorizzazione  contrassegno di parcheggio per disabili" n. \_\_\_\_\_ dd \_\_\_\_\_ . A tale scopo allega:

✓ Verbale di denuncia di  furto,  smarrimento del contrassegno,  \_\_\_\_\_;

✓ N. **2 foto** formato tessera della persona invalida;

**A favore di:**

- se medesimo
- del/lla sig./sig.ra

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IN DATA	
RESIDENTE		VIA/PIAZZA	

- in qualità di \_\_\_\_\_ (rapporto di parentela / esercente la potestà genitoriale / tutore / amministratore di sostegno / ecc. )
- si allega idonea documentazione e copia del documento di identità del dichiarante

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali":*

- i dati raccolti sono trattati, con strumenti manuali, informatici e telematici, esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. 495/1992, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
- il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dell'autorizzazione ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste impedirà di dare corso al procedimento di rilascio dell'autorizzazione;
- i dati raccolti potranno essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
- i Titolari del trattamento sono i Comuni competenti, nella persona del Sindaco pro – tempore;
- il Responsabile del trattamento è il Comandante del Corpo Intercomunale di Polizia Locale "Annia";
- gli incaricati del trattamento sono i dipendenti dei Comuni competenti operanti presso il Corpo Intercomunale di Polizia Locale "Annia";
- i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni (sinteticamente: ottenere informazioni, chiedere aggiornamenti/rettifiche/ integrazioni/cancellazioni/trasformazioni dei dati, nonché attestazioni, opporsi al trattamento);
- l'interessato può rivolgere eventuali richieste di esercizio dei diritti di accesso di cui al punto precedente al **Corpo Intercomunale di Polizia Locale "Annia"**.

Luogo e data \_\_\_\_\_

il richiedente

\_\_\_\_\_

(firma)

**N.B.** Allegare copia documento d'identità in corso di validità se la firma non è apposta alla presenza di un funzionario comunale (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000);

Affinché l'Autorizzazione ed il relativo contrassegno di parcheggio per disabili possano essere ritirati da un soggetto diverso dal richiedente, va compilato il seguente riquadro.

**DELEGA**

Il richiedente delega al ritiro dell'Autorizzazione e del contrassegno di parcheggio per disabili di cui alla presente richiesta il Sig.

COGNOME		NOME	
NATO/A A		IN DATA	
RESIDENTE		VIA/PIAZZA	

Il delegante

\_\_\_\_\_

**N.B.: ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL DELEGANTE**