



Servizio Intercomunale

Piaveda – Castello dell'Acqua – Faedo Valtellino

PROVINCIA DI SONDRIO

COMANDO POLIZIA LOCALE



MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

(Parte riservata all'ufficio)

Autorizzazione n. _____

in data _____

Scadenza _____

Il/la sottoscritto/a _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nato/a _____ il _____
località di nascita data di nascita

Residente in _____ in _____
via/piazza n. civico

recapito tel. _____ in qualità di _____



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 ai sensi dell'art. 188 D.Lgs. 30.04.1992, n. 285 in relazione all'art. 381 del D.P.R. 16.12.1992, n. 495 e all'art. 12 del D.P.R. 24.07.1996, n. 503 per cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta"

A tale scopo allega:

1 - Documentazione originale (da portare in visione – viene restituita) rilasciata dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valtellina e Alto Lario sede di Sondrio:

- certificato di accertamento dell'handicap previsto dall'art. 4 della legge 05.02.1992, n. 104 con dicitura "presenta capacità di deambulazione sensibilmente ridotta";
- oppure Certificato medico-legale uso contrassegno auto con dicitura "ha diritto al rilascio del contrassegno".

Il certificato è rilasciato ASST Valtellina e Alto Lario sede di Sondrio previa visita medica prenotabile presso il seguente ambulatorio medico:

Sondrio - Servizio di Medicina Legale Via Stelvio, 32 tel. 0342-555.435
Giorni: Lunedì dalle 9,00 alle 12,00 Mercoledì 14,00 alle 16,00 Giovedì dalle 8,30 alle 12,00

- oppure certificato di indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Sanitaria ASL

La certificazione di invalidità civile, anche al 100%, non attribuisce diritto al contrassegno ad eccezione dei non vedenti o amputati agli arti inferiori.

2 - Documento d'identità in corso di validità n. 2 foto formato tessera

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità di **anni** _____
 mesi _____

A tale scopo allega:

- oltre ai documenti di cui al punto "1";
- certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno". Non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi ai documenti al punto precedente;
- contrassegno scaduto.

La informiamo, ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 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 è il Comune di Piaveda. 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 Piaveda o di altre società nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui artt.13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare. Letta e compresa l'informativa sopra riportata dò il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi artt.13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità indicate.

(barrare la casella)

acconsento **non acconsento**

_____, lì _____ data _____ firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

PER RICEVUTA RITIRO:

_____, lì _____ data _____ firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)



