

AL SIG. SINDACO
COMUNE DI GARBAGNA NOVARESE

Marca da bollo
€ 16,00
(solo per contrassegno di
durata inferiore ad anni
cinque)

**RICHIESTA PER RILASCIO/ RINNOVO AUTORIZZAZIONE E RELATIVO CONTRASSEGNO
PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE CON
CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA.**

La/ Il sottoscritto/ a _____ nat _____
il _____ a _____,
residente in _____
Via _____ n. _____
C.F. _____;

affetto da patologia che determina una sensibile riduzione delle capacità di deambulazione autonoma

C H I E D E

☐ il rilascio dell'autorizzazione nonché dello speciale contrassegno previsto dall'art.381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495

☐ il rinnovo dell'autorizzazione nonché dello speciale contrassegno n° _____ rilasciati dal Comune di Garbagna Novarese in data _____ con prot.n° _____ ed aventi scadenza il _____

☐ il rilascio di nuovo contrassegno a seguito di : deterioramento / smarrimento / furto

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16/12/1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.

Allo scopo allega:

- ☒ N. 1 foto tessera a colori del titolare del contrassegno
- ☐ N.1 fotocopia non autenticata del documento di identità del richiedente (*solo se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale che lo riceve*)
- Barrare l'ipotesi che interessa:*
- ☐ (*solo per nuovi rilasci o rinnovi di contrassegni NON quinquennali*)
Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di _____ in data _____
- ☐ (*solo per rinnovi di contrassegni quinquennali*)
Certificazione medica rilasciata dal Medico Curante Dott. _____, rilasciata in data _____
- ☐ (*solo per smarrimento e furto*)
Copia della denuncia presentata all'Autorità di P.S. (Questura, Carabinieri, ecc) in data _____
- ☐ (*solo per deterioramento*)
Contrassegno in originale deteriorato in corso di validità.

Con osservanza.

Data, _____

IL/ LA RICHIEDENTE

Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003)

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti.

Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco P.T. del Comune di GARBAGNA NOVARESE – Responsabile del trattamento dei dati è il Vice Comm. Cristina Caimi, Responsabile del Servizio di Polizia Municipale.

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.