

Marca da bollo
(se dovuta – per
invalidità temporanea)

Al Sig. Sindaco del
Comune di Dueville
Piazza Monza 1
36031 Dueville (VI)

Oggetto: **Richiesta di rilascio o rinnovo del contrassegno di parcheggio per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili** (art. 381, comma 3, del D.P.R. 16.12.1992, n. 495 e ss.mm.ii / art. 12 del D.P.R. 24.07.1996, n. 503 / D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente a

Dueville in via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

e-mail _____

avendo effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ed essendo a conoscenza che:

- l'uso dell'autorizzazione è personale, ai sensi dell'art 188 del C.d.S.;
- non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza dal diritto (trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, decesso dell'autorizzato, ecc.).

CHIEDE

[] - **IL RILASCIO** del contrassegno permanente per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, e a tal fine **allega**:

1. il parere favorevole (in originale) rilasciato da Servizio Sanitario Nazionale – Regione Veneto – U.L.SS. 8 – Servizio Medicina Legale o il Certificato Medico legale rilasciato dal Presidente della Commissione Invalidi U.L.SS. 8;
2. n. 2 fotografie in formato tessera;

[] - **IL RINNOVO** del contrassegno permanente per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, e a tal fine **allega**:

1. il Certificato (in originale) del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno;
2. n. 2 fotografie in formato tessera;

[] - **IL RILASCIO O RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone **temporaneamente invalide** con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, e a tal fine **allega**:

1. il Parere favorevole (in originale) rilasciato da Servizio Sanitario Nazionale – Regione Veneto – U.L.SS. 6 – Servizio Medicina Legale o il Certificato Medico legale rilasciato dal Presidente della Commissione Invalidi U.L.SS. 8;
2. n. 2 fotografie in formato tessera;
3. n. 2 marche da bollo del valore di € 16,00;

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

L'Amministrazione Comunale di Dueville informa, ai sensi dell'art. 13 del D. LGS n. 196/2003, che:

- a) *Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato al rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili;*
- b) *Il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;*
- c) *Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria;*
- d) *Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati obbligatori richiesti comporta che l'istanza venga respinta;*
- e) *I dati conferiti (ivi comprese le certificazioni mediche presentate) potranno essere comunicati, qualora necessario ad adempimenti procedurali, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale o ad altri soggetti pubblici;*
- f) *Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.lgs. n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi, individuato nella Dott.ssa Renata Ceccozi, Responsabile del Settore 1° del Comune di Dueville, avente sede legale in Piazza Monza 1 a Dueville ;*
- g) *Il titolare del trattamento è il Comune di Dueville; il responsabile del trattamento è la citata Renata Ceccozi.*

Circuito regionale "ZTL Network" Regione Veneto

EVENTUALI NUMERI DI TARGA DA ASSOCIARE AL PERMESSO

Essendo a conoscenza che l'uso del contrassegno è strettamente personale ai sensi art. 188 del C.d.S. ogni variazione (nuovo inserimento/cancellazione) dei sottoelencati veicoli dovrà essere comunicata in carta semplice all'ufficio protocollo o tramite e-mail con apposito modulo e sarà attiva solo a seguito comunicazione dell'ufficio stesso.

Dueville, li _____

(FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Certificato medico: : **SI** **NO**

Consegnate n. 2 fotografie in formato tessera: **SI** **NO**

Consegnate n. 2 marche da bollo valore € 16,00: **SI** **NO**
(solo se permesso temporaneo)