

**OGGETTO: Domanda di rilascio/rinnovo Contrassegno di parcheggio per disabili.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (UD) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

in qualità di diretto:  interessato o  genitore  tutore  amministratore di sostegno di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_, residente in  
**Majano** (UD) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

*(barrare la casella che interessa)*

- Il RILASCIO dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili di tipo PERMANENTE (durata massima 5 anni);
- Il RILASCIO dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili di tipo TEMPORANEO / A TEMPO DETERMINATO (in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche);
- Il RINNOVO (Per i soli contrassegni aventi validità PERMANENTE, in corso di validità) dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno per disabili n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ con scadenza in data \_\_\_\_\_
- DUPLICATO dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- (Solo per rilascio contrassegno di tipo TEMPORANEO) N. 02 marche da bollo da € 16,00 (apporre una marca sulla domanda ed allegare l'altra marca, necessaria per il rilascio dell'autorizzazione);
- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Fototessera recente e a colori del richiedente;
- Uno dei seguenti Certificati/Verbalì (in alternativa) (\*):
  - ⊕ Certificato rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda sanitaria di appartenenza, dal quale risulti che il soggetto interessato ha effettiva capacità di deambulazione impedita/sensibilmente ridotta, ovvero appartiene alla categoria dei non vedenti;
  - ⊕ Verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità, rilasciato dal Centro Medico Legale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura "ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992";
  - ⊕ Verbale di commissione medica per l'accertamento dell'handicap, rilasciato dalla Commissione di Visita Medico Integrata dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura "ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992";
  - ⊕ (solo per RINNOVO contrassegno di tipo PERMANENTE) Certificato rilasciato dal Medico Curante, che esplicitamente "confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno".

N.B. I suddetti certificati / verbalì, per i quali non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi, vanno prodotti in originale o copia conforme all'originale (è utilizzabile a tale scopo l'allegato *schema di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di conformità all'originale*).

I certificati/verbalì aventi validità permanente riportano la dicitura "validità permanente" oppure "non soggetto a revisione", mentre i certificati/verbalì aventi validità temporanea riportano la durata o la data di scadenza.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE DI COPIA DI UN DOCUMENTO

(Artt. 19 e 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

via/piazza \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

## DICHIARA

**Ai sensi degli Artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000, che l'allegata copia del (\*) \_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_, composta da n. \_\_\_\_\_ pagine, è conforme all'originale rilasciato in data \_\_\_\_\_ e firmato digitalmente da \_\_\_\_\_.**

➤ **Ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445/2000, che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 16 del D. Lgs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Si allega: Fotocopia di:**

- Certificato rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda sanitaria di appartenenza, dal quale risulti che il soggetto interessato ha effettiva capacità di deambulazione impedita/sensibilmente ridotta, ovvero appartiene alla categoria dei non vedenti;
- Verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità, rilasciato dal Centro Medico Legale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura "ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992"
- Verbale di commissione medica per l'accertamento dell'handicap, rilasciato dalla Commissione di Visita Medico Integrata dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura "ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992";
- (solo per RINNOVO contrassegno di tipo PERMANENTE) Certificato rilasciato dal Medico Curante, che esplicitamente "confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno".

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;
- il Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Majano;
- il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Polizia Locale del Comune di Majano;
- gli incaricati del trattamento sono tutti i dipendenti dell'Area Polizia Locale del Comune di Majano;
- i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (sinteticamente: ottenere informazioni, chiedere aggiornamenti/rettifiche/ integrazioni/cancellazioni/trasformazioni dei dati, nonché attestazioni, opporsi al trattamento);
- l'interessato potrà rivolgere, al Responsabile dell'Area Polizia Locale del Comune di Majano, eventuali richieste di esercizio dei diritti di accesso di cui al punto precedente.