

**RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI
A SERVIZIO DELLE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI (ART. 381 DEL DPR 16/12/1992 N. 495)
MODELLO EUROPEO**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____
tel. _____ - cell. _____

parte da compilare soltanto nel caso di modulo presentato per conto di altra persona (anche via fax - obbligatorio allegare fotocopia documento identità del richiedente e del delegato alla presentazione della pratica)

PER CONTO DI _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n. _____

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITÀ DI:

- ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ** (in caso di minore)
 TUTORE (citare estremi dell'atto di nomina) _____
 DELEGATO\A

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

CHIEDO

II RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone diversamente abili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGO:**

- Copia della certificazione rilasciata dal Settore Medico Legale dell'Azienda USL di Modena **(2)** riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata. Dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000 che tale copia è conforme alla certificazione originale, da me detenuta;
- due foto formato tessera uguali e recenti;
- solo per le autorizzazioni temporanee (di durata inferiore a 5 anni) n. 2 marche da bollo di € 16,00

II RINNOVO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone diversamente abili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495) n. ____/____ ed a tal fine **ALLEGO:**

- Copia del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio **(3)**. Dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000 che tale copia è conforme alla certificazione originale, da me detenuta;
- due foto formato tessera uguali e recenti;
- solo per le autorizzazioni temporanee (di durata inferiore a 5 anni) n. 2 marche da bollo di € 16,00.

QUALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO MI IMPEGNO AL MOMENTO DEL RITIRO DEL CONTRASSEGNO

- A restituire il contrassegno in mio possesso: Non restituisco il contrassegno sopraindicato a causa di:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> perché scaduto | <input type="checkbox"/> Smarrimento (allego copia della denuncia) |
| <input type="checkbox"/> perché deteriorato | <input type="checkbox"/> Furto (allego copia della denuncia) |
| <input type="checkbox"/> perché necessito del nuovo contrassegno | <input type="checkbox"/> distruzione |

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI

ai sensi dell'art.12 del Regolamento Europeo 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.e ii

1. I dati forniti saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Castelfranco Emilia per il perseguimento delle sole finalità istituzionali per le quali i dati stessi sono stati forniti.
2. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporto cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.
3. Il titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Comunale di Castelfranco Emilia nel suo complesso.
4. I dati saranno conservati per un periodo non superiore a quello previsto dalla base normativa che legittima il trattamento e in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Per ulteriori informazioni: www.comune.castelfranco-emilia.mo.it

La presente dichiarazione deve essere sottoscritta alla presenza dell'incaricato d'ufficio, oppure, se firmata anticipatamente, deve essere allegata all'istanza fotocopia di un documento valido di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000). Nel caso in cui la richiesta sia inoltrata via fax o non sia presentata personalmente dall'interessato è necessario allegare copia del suo documento di identità (oltre a quella di chi presenta la richiesta per suo conto).

Data _____



Firma operatore sportello

Firma

NOTE

(1) Nei casi di assoluta impossibilità, certificata dal medico curante, è necessario telefonare alla Polizia Municipale (059/921220).

(2) La visita per il rilascio del certificato può essere prenotata presso qualunque punto CUP, escluse le farmacie. La certificazione del Settore Medico Legale dell'Azienda USL di Modena non occorre per ciechi assoluti e "ventesimisti" per cui è sufficiente la presentazione del certificato di invalidità. A far data dal 01/01/2010, con l'entrata in vigore della L.102/2009 la competenza per il riconoscimento delle invalidità civili è passata dall'Azienda USL all'INPS, pertanto non sono più applicabili le modalità precedentemente concordate con l'Azienda USL per il rilascio del contrassegno Handicap a persone in possesso di certificato di invalidità civile (su mod. ministeriale A-SAN o rilasciato dal Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica) se in essi era espressamente certificata la "impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore". I cittadini potranno ora ottenere la certificazione che consente il rilascio del contrassegno H, se ne sussistono i requisiti, richiedendolo direttamente in sede di visita per il riconoscimento dell'invalidità civile, in applicazione della L.R. 4/2008, oppure sottoponendosi ad apposita visita medica prenotabile attraverso il CUP.

(3) Fatta eccezione per ciechi assoluti e ventesimisti in possesso di certificato di invalidità civile comprovante in maniera inequivocabile lo stato di cecità assoluta o di residuo visivo non superiore a 1/20 oppure di specifica certificazione rilasciata dal Settore Medico Legale dell'Azienda USL di Modena riportante parere favorevole al rilascio.

Per informazioni telefonare allo 059/921220 o visitare il sito del Comune all'indirizzo <http://www.comune.castelfranco-emilia.mo.gov.it>

Modulo scaricabile da http://www.comune.castelfranco-emilia.mo.gov.it/servizi/moduli/moduli_fase01.aspx