

RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI

In applicazione dell'art.381 del D.Lgs. 16/12/1992, n.495 e s.m.i., il/la sottoscritto/a

Cognome: Nome:
nato/a a Prov. il / /
residente a in Via n.
CODICE FISCALE:
Tel./Cell.: e-mail:

Consapevole della sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendacei, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 – ARTT.482 e 483 del Codice Penale

CHIEDE

☐ in nome proprio

☐ in qualità di e per conto di:

Cognome: Nome:
nato/a a Prov. il / /
residente a in Via n.
CODICE FISCALE:
Tel./Cell.: e-mail:

☐ il **RILASCIO** del contrassegno di parcheggio per disabili
previsto dal citato art. 381 del D.Lgs. 16/12/1992 n.495 e s.m.i.

☐ il **RINNOVO**, essendo già titolare del contrassegno n.

rilasciato dal Comune di ed avente scadenza il / /

Il rilascio di un DUPLICATO per:

- ☐ **DETERIORAMENTO**
☐ **SMARRIMENTO/FURTO** (presentare copia denuncia fatta all'autorità competente)

Con l'apposizione della firma, si esprime anche il consenso al trattamento dei dati sensibili indicati nella presente istanza.

Annone, / /

Firma _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- per contrassegni di nuova emissione:

- ☐ Certificato originale rilasciato dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale attestante la ridotta capacità di deambulazione
oppure
Verbale di accertamento rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità attestante *la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o la cecità totale;*
- ☐ 1 fotografia recente in formato fototessera;
- ☐ fotocopia documento d'identità.

- per il rinnovo dei soli contrassegni con validità 5 anni:

- ☐ Certificato del medico curante attestante 'la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno';
- ☐ 1 fotografia recente in formato fototessera;
- ☐ fotocopia documento d'identità;
- ☐ contrassegno scaduto.

- per il rinnovo dei soli contrassegni con validità a tempo determinato:

- ☐ *Certificato originale rilasciato dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale attestante la ridotta capacità di deambulazione*
oppure
Verbale di accertamento rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità attestante la capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o la cecità totale;
- ☐ 1 fotografia recente in formato fototessera;
- ☐ fotocopia documento d'identità;
- ☐ contrassegno scaduto.

Riservato all'ufficio

Contrassegno rilasciato: N.

Scadenza:

Trattamento dati personali

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR)

La informiamo che il Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti in relazione al trattamento dei dati personali. Ai sensi del Regolamento sopracitato, il trattamento si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato/a, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Pertanto, pur essendo le informative richieste necessarie per l'esecuzione di un rapporto obbligatorio di cui è parte l'interessato/a, riportiamo le seguenti informazioni:

1. il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali e delle attività di servizio dell'Area Servizi Sociali del Comune di Oggiono;
2. il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia la sua mancata attuazione potrebbe compromettere la prosecuzione del rapporto;
3. i dati potranno essere comunicati solo a soggetti addetti e/o coinvolti nelle attività di servizio sociale di cui al punto 1, interni o esterni all'Ente;
4. il trattamento è realizzato da personale autorizzato (dipendente o in co-progettazione) e i dati potranno essere comunicati ai soli soggetti istituzionalmente preposti a collaborare con il Comune per il perseguimento delle attività di servizio dell'Area, anche con l'ausilio di mezzi elettronici;
5. il titolare del trattamento è il Comune di Annone di Brianza, con sede in Via S. Antonio n. 4, nella persona del Sindaco, suo legale rappresentante;
6. il responsabile del trattamento è il Sindaco del Comune di Annone di Brianza;
7. al titolare del trattamento potrà rivolgersi per far valere i propri diritti.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritta dichiarante

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Data,

 / /

Firma_____