

**MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO DISABILI**

La/il sottoscritta/o
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il a Prov.
data di nascita - località di nascita

Residente a Manta in tel. abitazione
via/piazza - numero civico - CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il **rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dall'Uff. Medicina Legale della ASL CN1 attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992);
- Fotocopia del documento d'identità;
- Foto tessera;
- Marca da bollo da 16,00 (NB: Per i contrassegni con validità inferiore a 5 anni).

Chiede il **rinnovo** del contrassegno invalidi n. _____ con **validità inferiore a 5 anni**.

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dall'Uff. Medicina Legale della ASL CN1 attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992);
- Fotocopia del documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- Foto tessera;
- Marca da bollo da 16,00

Chiede il **rinnovo** del contrassegno invalidi n. _____ con **validità di 5 anni**.

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Fotocopia del documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- Foto tessera

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Manta, Piazza del Popolo n. 1.

I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Manta. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Manta, li _____

Letta e compresa l'informativa sopra riportata, apponendo la firma in calce, fornisco contestualmente il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

_____ Data firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)