

**OGGETTO: richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 16/12/1992 n. 495 come modificato dal D.P.R. 151/2012).**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO solo se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato.**

**IN NOME E PER CONTO DI \_\_\_\_\_**

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

a tal fine valendomi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 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, e sotto la mia personale responsabilità:**

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI**

(barrare la voce interessata)

- FAMILIARE** (obbligatorio allegare fotocopia documento di identità dell'interessato).
- ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE** (in caso di minore).
- TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_
- INCARICATO** (è obbligatorio allegare delega scritta corredata di documento di identità dell'interessato).

**CHIEDO:**

- IL RILASCIO** del contrassegno e **ALLEGO:**
- La documentazione medica, rilasciata dalla competente Autorità medico-sanitaria provinciale
  - nr. 1 fototessera
  - copia documento di identità
- IL RINNOVO** del contrassegno per disabilità permanenti (senza revisione o certificazione con validità illimitata) e **ALLEGO:**
- certificato (in originale) del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
  - contrassegno scaduto.
  - nr. 1 fototessera
  - copia documento di identità
- IL RINNOVO** del contrassegno per disabilità temporanea (con revisione o certificazione con validità limitata) e **ALLEGO:**
- certificazione medica rilasciata dalla competente Autorità medico-sanitaria provinciale;
  - nr. 1 fototessera
  - nr. 2 marche da bollo

□ **DUPLICATO/SOSTITUZIONE**

- contrassegno da restituire
- denuncia smarrimento/furto
- nr. 1 fototessera

Fierozzo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Documento del firmatario: \_\_\_\_\_

L'operatore: \_\_\_\_\_

**IN CASO DI TRASFERIMENTO DI RESIDENZA O DECESSO DEL TITOLARE, IL CONTRASSEGNO DEV'ESSERE RESTITUITO ALL'UFFICIO CHE LO HA EMESSO.**

---

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio segreteria in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione nei soli casi previsti dalla legge.

Titolare del trattamento è l'Ente (pec [comune@pec.comune.fierozzo.tn.it](mailto:comune@pec.comune.fierozzo.tn.it), e-mail [segreteria@comune.fierozzo.tn.it](mailto:segreteria@comune.fierozzo.tn.it) sito internet [www.comune.fierozzo.tn.it](http://www.comune.fierozzo.tn.it)), Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini (e-mail [servizioRPD@comunitrentini.it](mailto:servizioRPD@comunitrentini.it), sito internet [www.comunitrentini.it](http://www.comunitrentini.it)).

L'informativa completa è a disposizione presso gli uffici comunali e sul sito istituzionale link al sito web dell'Ente.

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

Fierozzo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_