

Al Sig. SINDACO DEL

COMUNE DI META

Oggetto: **RICHIESTA CONTRASSEGNO PER SOSTA DI VEICOLI ADIBITI AL TRASPORTO DI PERSONE CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA E ALLE PERSONE NON VEDENTI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a Meta in via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92, così come modificato dal D.P.R. 30/07/2012 N. 151: cittadini con “capacità di deambulazione sensibilmente ridotta”).

A tale scopo allega:

1. Certificato rilasciato dal Medico Legale dell’A.S.L. competente da cui si evinca la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ai sensi dell’art. 188 D.lgs 285/92 e art. 381 DPR 495/92 ai fini del rilascio contrassegno di circolazione e sosta;
2. Documento di riconoscimento in corso di validità
3. foto formato tessera

Il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni (temporaneo). A tale scopo allega:

1. Certificato originale rilasciato dall’Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione art. 381 del DPR 495/92, così come modificato dal D.P.R. 30/07/2012 N. 151
2. Documento di riconoscimento in corso di validità
3. Contrassegno scaduto
4. Foto formato tessera

Il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni (permanente). A tale scopo allega:

1. Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente “conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno”.
2. Documento d’identità in corso di validità
3. Contrassegno da rinnovare

4. Foto formato 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 Meta. 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 Meta. 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. Letta e compresa l'informativa sopra riportata esprimo **il pieno consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

Meta, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma del disabile (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

In qualità di curatore/tutore/amministratore di sostegno (allegare documento di identità e atto di nomina del tribunale o autocertificazione).

**IN CASO DI RITIRO DA PERSONA DELEGATA** allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità del delegato.