

**OGGETTO: Richiesta di rinnovo autorizzazione in deroga per mobilità persone invalide e rilascio speciale "contrassegno per parcheggio per disabili".**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Servizio Polizia Locale

\_\_\_\_\_, sottoscritt \_\_\_\_\_  
già titolare dello speciale "contrassegno per parcheggio per disabili" per la mobilità delle persone invalide, rilasciato da codesto Comune con autorizzazione prot. n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, in scadenza il \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

il rinnovo dell'autorizzazione

permanente

temporanea

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_), in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni alla circolazione stradale, prevista per la mobilità delle persone invalide, ai sensi dell'art. 188 del Codice della Strada, nonché dello speciale "contrassegno per parcheggio per disabili" previsto dall'art. 381 del relativo regolamento d'esecuzione e dall'art. 12 del D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503.

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

1 - Dati personali:

nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_; Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

2 - Elementi oggettivi che giustificano la richiesta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allo scopo allega:

Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96)

*oppure, in alternativa*

Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

N. 2 foto a colori formato tessera

Gli eventuali documenti relativi alle note 1, 2 e 3 (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti.

Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. n. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco P.T. del Comune di Arzago d'Adda.

Responsabile del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_.

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

Con osservanza.

Data \_\_\_\_\_

---

\_\_\_L\_\_\_ **RICHIEDENTE**