

Oggetto: Richiesta autorizzazione all'uso del *Contrassegno invalidi* di cui all'art. 381 DPR 16.12.1992, n. 495 e successive modificazioni.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ e residente in **GONNOSCODINA** cap. 09090, Via
_____ n° _____ tel. _____

in qualità di (specificare madre, tutore, ecc.) _____
di _____ nato/a il _____ a
_____ e residente in **GONNOSCODINA** cap. 09090, Via
_____ n° _____ tel. _____, il quale ha effettiva capacità di

deambulazione sensibilmente ridotta, ed essendo a conoscenza:

- che l'uso dell'autorizzazione è strettamente personale ai sensi dell'art.188 C.d.S. e pertanto va usato esclusivamente in presenza dell'intestatario;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, altre cause);

CHIEDE

- ai sensi degli artt. 7, comma 1, lett. d) e 188 del Nuovo Codice della Strada D.Lgs. 30.04.1992, n. 285;
- ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.d.S. D.P.R. n. 495 del 16.12.1992;

- il **RILASCIO** del contrassegno invalidi;
- il **RINNOVO** del contrassegno invalidi;
- il **DUPLICATO** del contrassegno invalidi;

previsto dal D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 e dal D.P.R. 24 luglio 1996 n. 503, così come graficamente modificato dal DPR 30 luglio 2012 n. 151

Il/La **richiedente**, sotto la propria responsabilità, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Allo scopo allega la documentazione indicata sul retro.

Gonnoscodina, _____

FIRMA _____

Adempimenti D.Lgs. 196/2003 – PRIVACY

Dichiaro di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 sulla Privacy, che relativamente al trattamento dei dati personali e sensibili raccolti, essi saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

□ **DOCUMENTI NECESSARI PER IL PRIMO RILASCIO**

1. Istanza di rilascio del contrassegno invalidi;
2. Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
3. Una fotografia formato tessera;
4. Copia del verbale della Commissione Medica Integrata competente per territorio, da presentarsi in copia corredata da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale

OVVERO

Certificato medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'ASL di appartenenza, dalla quale risulti che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ai fini del rilascio dell'autorizzazione oggetto della presente istanza.

□ **DOCUMENTI NECESSARI PER IL RINNOVO**

1. Istanza di rinnovo del contrassegno invalidi;
2. Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
3. Una fotografia formato tessera;
4. Certificato del medico di base attestante espressamente "il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno invalidi" (*solo per rinnovo di contrassegni permanenti con validità 5 anni*);

OVVERO

Certificato medico rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'ASL di appartenenza, dalla quale risulti che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ai fini del rilascio dell'autorizzazione oggetto della presente istanza (*solo per il rinnovo di contrassegno a tempo determinato*);

□ **DOCUMENTI NECESSARI PER IL DUPLICATO**

1. Istanza di duplicato del contrassegno invalidi;
2. Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
3. Una fotografia formato tessera;
4. Originale deteriorato (*solo in caso di duplicato per deterioramento*);
5. Denuncia di furto o smarrimento ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di resa denuncia (*solo in caso di duplicato per furto o smarrimento*);

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di GONNOSCODINA, con sede in GONNOSCODINA, Via MUNICIPIO N. 12, email: protocollo@comune.gonnoscodina.or.it, pec: protocollo@pec.comune.gonnoscodina.or.it, tel: 078392000 – fax 078392054, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii). Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

*Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: dpo@sipal.sardegna.it – pec: sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it***

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

.....

(Firma per esteso)