



COMUNE DI ALBIGNASEGO
PROVINCIA DI PADOVA

Settore 1 – Sportello unico dei servizi al cittadino e innovazione
Via Milano 7 – 35020 ALBIGNASEGO – TEL. 0498042211
– FAX 0498625188

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o _____

Nata/o il _____ a _____ Prov. _____

Residente a Albignasego

in via /piazza _____ nr. _____

(cellulare _____) C.F. _____

parte da compilare solo nel caso di modulo presentato per conto di altra persona obbligatorio in questo caso allegare fotocopia documento identità del delegante del delegato.

Per conto di _____

Nata/o il _____ a _____ (_____)

Residente a _____ (_____)

in via/piazza _____ nr. _____

(tel. abitazione _____) C.F. _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR nr. 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, sotto la propria personale responsabilità, dichiara di agire in qualità di:

ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)

TUTORE (citare estremi dell'atto di nomina) _____

persona affetta da patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR nr. 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, sotto la propria personale responsabilità essendo affetto da patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

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

oppure

Copia del Certificato, rilasciato in data _____ dalla Commissione medica di prima istanza della ASL per l'Accertamento dello stato di invalidità Civile attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 DPR nr. 495/1992), oppure l'appartenenza alla categoria dei non vedenti ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DPR nr. 503/96;

- documento di identità e nr. due fototessere.

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

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto e nr. due fototessere.

Chiede il rilascio del contrassegno invalidi TEMPORANEO, con validità inferiore a 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale
oppure
- Copia del Certificato, rilasciato in data _____ dalla Commissione medica di prima istanza della ASL per l'Accertamento dello stato di invalidità Civile attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 DPR nr. 495/1992);
- documento di identità e nr. due fototessere.
- 2 marche da bollo da 16 euro**

Chiede il duplicato del contrassegno invalidi n. _____

A tale scopo allega:

- originale deteriorato.

Chiede la sostituzione del contrassegno invalidi n. _____

A tale scopo allega:

- denuncia di furto o smarrimento recante il numero del contrassegno e la scadenza

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 Sindaco del comune di Albignasego, che ha nominato Responsabile del trattamento dati il Sig. Scarin Floriano.

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 dal Sig. Scarin Floriano. 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 do il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

- Acconsento;
- Non acconsento.

Albignasego , _____

Firma del richiedente (invalido o tutore/curatore) _____