

**AL SINDACO DEL COMUNE DI  
36028 ROSSANO VENETO (VI)**

**OGGETTO: Richiesta Autorizzazione/Contrassegno Europeo per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio di persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ ROSSANO VENETO (VI) \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

al fine di fruire delle agevolazioni alla circolazione stradale ed al parcheggio dei veicoli a servizio delle persone disabili, in relazione al disposto degli art. 7, comma 1, lett. d) e 188 del D.Lgs. n. 285/92 e 381 del D.P.R. n. 495/1992 e ss.mm.ii, nonché da quanto previsto dal D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151, sotto la mia personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni,

**C H I E D E**

☐ il **RILASCIO** dell'Autorizzazione e del corrispondente Contrassegno previsto dall'art. 381 del D.P.R. n. 495/1992 per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili nelle strade e negli spazi appositamente individuati;

**TARGA** \_\_\_\_\_ **TARGA** \_\_\_\_\_

☐ il **RINNOVO/ADEGUAMENTO** dell'autorizzazione e del corrispondente contrassegno n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

☐ **DELEGA** inoltre il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel/cell. n. \_\_\_\_\_

al ritiro dell'autorizzazione e del contrassegno disabili presso codesto Ufficio di Polizia Locale.-

Rossano Veneto, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL/LA RICHIEDENTE

Allega:-

☐ Certificazione medica (in originale) rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza in data \_\_\_\_\_, 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); (per appuntamento o informazioni chiamare Numero Verde 800.038.990 o 0424884050)

*in alternativa:*

☐ Certificato di rinnovo (in originale) rilasciato dal proprio Medico di famiglia e riportante gli estremi del 1° rilascio da parte della propria ASL di appartenenza.

☐ N. 1 fototessera a colori recente (non anteriore a sei mesi);

☐ Contrassegno scaduto;

☐ Copia documento di identità valido del Titolare del Contrassegno e dell'eventuale delegato al ritiro.

**Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 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.196/2003. 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.