

- Domanda in **Marca da BOLLO** per **Invalità Temporanea**
- Domanda **ESENTE** da BOLLO per Invalità **PERMANENTE**

Al Dirigente della Polizia Locale
dell'Unione delle Terre d'Argine

OGGETTO: Domanda per il rilascio di autorizzazione e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art.188 C.d.S. e art.381 comma 2 Regolamento di esecuzione al C.d.S.)

Il/La **sottoscritto/a** nato/a a
prov. il C.F. residente a
prov. via n. documento d'identità n.
Rilasciato da in data Tel
in nome e per conto di nato/a
prov. il C.F. residente a ☐ Campogalliano,
☐ Carpi, ☐ Novi, ☐ Soliera, via n. documento d'identità Rilasciato
da in data n.
dichiara, a tal fine, sotto la propria responsabilità, avvalendosi della disposizione di cui agli artt.46
e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 nonché della
decadenza dei benefici di cui all'art.75 del medesimo decreto in caso di rilascio di dichiarazioni
false o mendaci, **di agire in qualità di:**

☐ titolare ☐ familiare convivente ☐ esercente la potestà genitoriale ☐ altro _____

ESSENDO A CONOSCENZA:

- 1) che l'uso dell'autorizzazione è personale ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- 2) che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro comune, scadenza, ecc.);

CHIEDE

il **rilascio**, ai sensi dell'art.381 comma 3 del D.P.R. n.495 del 16 dicembre 1992, della **autorizzazione e del relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta** ed in particolare:

- ☐ Il rilascio di **autorizzazione**, valida a **tempo indeterminato** e **soggetta a rinnovo quinquennale**, e del relativo contrassegno, allegando certificato redatto da medico della U.O. "Medicina Legale" della A.U.S.L. di appartenenza;
- ☐ Il rilascio di **autorizzazione temporanea** (inferiore a 5 anni) e relativo contrassegno, allegando certificato redatto da medico della U.O. "Medicina Legale" della A.U.S.L. di appartenenza;
- ☐ Il rilascio **per rinnovo dell'autorizzazione** valida a **tempo indeterminato** già in possesso e **soggetta a rinnovo quinquennale** con il relativo contrassegno, allegando certificato redatto dal medico curante;

ALLEGA, inoltre, FOTOGRAFIA formato tessera dell'INTESTATARIO del CONTRASSEGNO

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 si 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.

Lì,
Modulo 2020

IL RICHIEDENTE _____

AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE

1. In caso di **rilascio ex novo** di autorizzazione e relativo contrassegno, siano essi **permanenti** (validità 5 anni) o **temporanei** (inferiori a 5 anni), il richiedente dovrà recarsi presso la U.O. "Medicina Legale" della A.U.S.L. di appartenenza e farsi rilasciare apposito certificato;
2. In caso di **rinnovo di autorizzazione e relativo contrassegno permanenti** (validità 5 anni), il richiedente dovrà recarsi presso il proprio medico curante e farsi rilasciare apposito certificato;
3. Alla **scadenza** del termine di validità dell'autorizzazione e relativo contrassegno, siano essi permanenti (validità 5 anni) o temporanei (inferiori a 5 anni), **l'interessato dovrà in ogni caso provvedere alla riconsegna dei medesimi all'ufficio che li ha rilasciati;**
4. L'inosservanza delle norme che disciplinano l'uso dell'autorizzazione e relativo contrassegno comportano, fatta salva l'applicazione di eventuali sanzioni penali, l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui all'art.188 del D.Lgs. n.285 del 30/04/1992.
5. Qualora il **richiedente** sia una **persona diversa dall'interessato**, per procedere alla compilazione della domanda, così come al ritiro dell'autorizzazione e relativo contrassegno, è necessario che **si presenti munito del documento d'identità proprio e dell'interessato.**

Informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679

L'Unione delle Terre d'Argine, titolare del trattamento La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio/della prestazione richiesta, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari. Inoltre i dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica dell'esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000 e ss.mm. (cd. t.u. sulla documentazione amministrativa, recante norme sulla cd. Autocertificazione). Il conferimento dei dati per tali finalità è obbligatorio ed in caso di mancato conferimento non sarà possibile accettare la sua richiesta. I dati da Lei forniti sono trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei nel rispetto degli art.6 e 32 del Regolamento Europeo e delle misure di sicurezza. I dati sono trattati da personale autorizzato dal Titolare, possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, disciplinanti l'accesso o l'erogazione del servizio richiesti e non saranno diffusi. I dati sono conservati per il periodo previsto dagli obblighi di legge vigente. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli art.15 e ss contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo mail privacy@terredargine.it . Il Titolare del trattamento è l'Unione delle Terre d'Argine nella persona del Presidente pro-tempore. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art.37 del GDPR è disponibile: scrivendo all'indirizzo mail responsabileprotezionedati@terredargine.it , oppure nella sezione privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente. Per maggiori informazioni scrivere all'indirizzo mail privacy@terredargine.it .

Firma del Richiedente _____

RISERVATO all'UFFICIO: RITIRO AUTORIZZAZIONE e CONTRASSEGNO SCADUTI **in CASO di RINNOVO**

IL SOTTOSCRITTO AGENTE di PL/IMPIEGATO Amm.vo
dichiara di avere proceduto al ritiro dell'Autorizzazione e del Contrassegno n. /
in quanto SCADUTI.

Dipendenza territoriale di, lì

L'addetto _____