

Domanda per il rilascio del contrassegno **Invalidi**
ai sensi del comma 3° art. 381 DPR 495/92

Esente bollo ai sensi art. 16 tab. allegato B del D.P.R. 26.10.1972 n. 642

richiesta da parte dell'intestatario/a

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

Dichiaro

DATI ANAGRAFICI														
Codice Fiscale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognome e Nome:														
Nato/a a:										Prov.:		Il giorno:		
Residente a:				Via:						N. civico:		CAP:		
Telefono fisso e/o cell. ⁽¹⁾				Fax: ⁽¹⁾			E-mail: ⁽¹⁾							

(* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO (barrare una delle due caselle sottostanti):

- rilascio nuovo permesso invalidi
 rinnovo permesso invalidi n. _____

RITIRO / DELEGA (compilare solo se necessario)		
<input type="checkbox"/>	DELEGO alla presentazione della domanda e al ritiro del permesso il/la sig./sig.ra:	
Cognome e Nome:		
Nata/a a:	Prov.:	Il giorno:

La persona delegata deve identificarsi al personale del Front-office permessi tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata **ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA** già compilata e sottoscritta dal delegante e **NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale del Front-office.**

ALLEGO: certificato medico in originale
originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,

Firma leggibile (vedere Nota -1-)

NOTA -1-Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

Dichiaro

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:	N. civico:	CAP:
Telefono fisso e/o cell. ^(*)	Fax: ^(*)	E-mail: ^(*)	

(* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

di essere il **tutore a norma di legge** di:

DATI ANAGRAFICI														
Codice Fiscale:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome e Nome:														
Nato/a a:								Prov.:	Il giorno:					
Residente a:				Via:				N. civico:		CAP:				
Telefono fisso e/o cell. ^(*)				Fax: ^(*)				E-mail: ^(*)						

(* Tel., Fax e indirizzo e.mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni)

il quale ha ridotte capacità deambulatorie;

per suo nome e conto **CHIEDO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

- rilascio nuovo permesso invalidi
- rinnovo permesso invalidi n. _____

RITIRO / DELEGA (compilare solo se necessario)	
<input type="checkbox"/>	DELEGO alla presentazione della domanda e al ritiro del permesso il/la sig./sig.ra:
Cognome e Nome:	
Nata/a a:	Prov.: Il giorno:

La persona delegata deve identificarsi al personale del Front-office permessi tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata **ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA** già compilata e sottoscritta dal delegante e **NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale del Front-office.**

ALLEGO : certificato medico in originale
originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,

Firma leggibile (vedere Nota -1-)

NOTA -1-Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196)

Egregio Signore, Gentile Signora

Con riferimento ai Suoi dati personali i quali ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 vengono definiti come "qualunque informazione relativa a persona fisica, giuridica, ente od associazione, identificato o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale" da Lei inseriti nel presente modulo si forniscono le indicazioni di seguito indicate:

- **Titolare dei dati:** ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali il titolare del trattamento dati è il Comune di Albaredo d'Adige con sede in Piazza V. Emanuele n° 1;
- **Finalità del trattamento:** i Suoi dati verranno trattati dal Titolare per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, in relazione al procedimento relativo alla domanda di permesso;
- **Natura del conferimento:** il conferimento dei propri dati personali è obbligatorio per poter dare inizio al procedimento di cui alla presente domanda e emettere il provvedimento conclusivo dello stesso;
- **Modalità di trattamento:** in relazione alle finalità di cui alla presente domanda, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali garantendo riservatezza e sicurezza degli stessi;
- **Soggetti che possono venire a conoscenza dei dati personali:** dipendenti e collaboratori, anche esterni, del Titolare potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali per le finalità di cui alla presente domanda. Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati al trattamento. I Suoi dati personali potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di Legge o di Regolamento che lo preveda;
- **Diritti dell'interessato:** l'interessato ha la facoltà di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali, nonché l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. I diritti "di accesso ed altri diritti ai dati personali ed altri diritti" previsti a norma dell'art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003 possono essere esercitati con specifica richiesta rivolta al Responsabile del trattamento – presso Comando Polizia Locale Piazza V. Emanuele Albaredo d'Adige – in busta chiusa, a mezzo raccomandata, via fax al numero 045 6608060 o tramite posta elettronica al seguente indirizzo e-mail: pm_albaredo@libero.it. Tale richiesta può essere inoltrata anche in modo informale ed oralmente e in tal caso è annotata sinteticamente a cura del Responsabile;
- **Titolare e Responsabile del trattamento:** il titolare ;

ACCETTO **NON ACCETTO**

Si precisa che in caso di "non accettazione" non sarà possibile provvedere all'attuazione della procedura per la quale i dati sono stati richiesti.

Data...../...../.....

Firma leggibile _____

allegare alla domanda:

PER RILASCIO NUOVO PERMESSO

- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario, ed eventualmente del tutore, in caso di sottoscrizione non avvenuta di fronte al dipendente addetto.
- **Certificazione medica da parte di un Medico del Distretto Sanitario di Base di residenza degli interessati.**

I permessi invalidi vengono rilasciati soltanto dal Comune ove la persona interessata abbia la residenza anagrafica

PER RICHIESTA RINNOVO PERMESSO

- **Vecchio permesso**
- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'intestatario, ed eventualmente del tutore, in caso di sottoscrizione non avvenuta di fronte al dipendente addetto.
- **Certificazione del medico curante** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- (in caso di cambio residenza: autocertificazione che il certificato originario dell'ufficio medico-legale era stato rilasciato senza vincoli di tempo e dove è depositato in modo che sia possibile richiederlo)

I rinnovi vengono effettuati solo se il certificato dell'ufficio medico-legale dell'ULSS è stato rilasciato senza limiti. I permessi rilasciati a fronte di un certificato con periodo limitato (esempio due anni), non sono rinnovabili.

Spazio riservato all'ufficio

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO PERMESSI (NON COMPILARE)

Se firmato davanti all'operatore indicare i riferimenti del documento di identità del **RICHIEDENTE**:

(C.I.n°- Pat. n° - Altro) _____

rilasciato da _____

con scadenza _____

Dubbi emersi sulla veridicità delle dichiarazioni (ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000):

<input type="checkbox"/>	NO - (controlli a campione).
<input type="checkbox"/>	SI' - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

Data...../...../.....

Firma dell'impiegato addetto _____