

**RICHIESTA CONTRASSEGNO PER INVALIDI RESIDENTI NEL COMUNE DI FIANO ROMANO**

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'*

Il sottoscritto ..... nato ..... il ..... residente ..... in  
Via ..... Telefono ....., in qualità di .....  
..... atto n .....  
del sig. .... nato a ..... il ..... residente .....  
Via ..... portatore di deficit deambulatorio

**CHIEDE**

*Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:*

**Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta")**

A tale scopo allega:

1. Certificazione medica in originale, rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza, 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 sensibilmente ridotta, (art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.D.S.).
2. Documento d'identità in corso di validità.
3. N. 2 Fotografie a colori (formato tessera)
4. Originale del precedente Contrassegno con validità temporanea nel caso il richiedente né sia in possesso.

**Chiede il rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ con validità a carattere permanente**

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**". Non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi
- Documento d'identità in corso di validità
- Contrassegno scaduto (Contrassegno n. \_\_\_\_\_)
- N. 2 Fotografie a colori (formato tessera)

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

**LA TARIFFA DA CORRISPONDERE PER IL RITIRO DEL CONTRASSEGNO È PARI A € 5,00 (CINQUE,00)**

**Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 (codice in materia di protezione dei dati personali)**, si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Fiano Romano, per le finalità connesse all'erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo Decreto, l'interessato ha il diritto ad avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiederne la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di FIANO ROMANO P.zza Matteotti 2, che ha nominato Responsabile del trattamento dati il Comandante Dirigente della Polizia Locale

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  (barrare casella)  
non acconsento

Fiano Romano li, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma del richiedente ( genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

**IN QUALITÀ DI GENITORE/CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

**ALL'ATTO DEL RITIRO:**

Fiano Romano, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma

**N.B.: Per il ritiro del contrassegno invalidi, stante l'obbligo della firma sullo stesso, l'invalido deve recarsi personalmente presso il Comando di P.L. per ritirare il predetto tesserino al fine di adempiere a quanto stabilito dal D.P.R. 30.07.2012 n. 151**

**MODELLO DA UTILIZZARE DAL TUTORE /CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**