

Marca da bollo  
€ 16,00  
(solo per contrassegni  
a tempo determinato)

Al Comando Polizia Locale  
Medio Polesine  
45030 Polesella (RO)

**OGGETTO: Richiesta di contrassegno di parcheggio per disabili**

(Art. 381 del "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada" D.P.R. 495/1992)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, a favore di :

sé medesimo

in qualità di esercente la patria potestà del minore Tutore (1) Altro (2) \_\_\_\_\_

per nome e per conto (3) di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**rilascio a tempo indeterminato (5 anni)**

Allegato:

Certificato originale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza dal quale risulta che nella visita medica è stata espressamente accertata la **capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta** o lo **stato di non vedente** ai sensi D.P.R. n.495 del 16.12.1992 art. 381; D.P.R. n.503 del 24.07.1996; D.P.R. n. 151 del 30.07.2012; oppure

certificazione ai sensi della L.104/92 (ASL), se è indicato che la persona ha "**capacità de ambulatorie/motorie impedita o sensibilmente ridotte**"

LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ CIVILE, ANCHE AL 100%, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI

**rinnovo a tempo indeterminato (5 anni)**

Allegato:

Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno" (per rinnovo contrassegno con validità 5 anni);

**rilascio a tempo determinato**

Allegato:

Certificato originale della Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 DPR 495/92),

**rinnovo a tempo determinato**

Allegato:

Certificato originale della Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 DPR 495/92),

**duplicato** per:  smarrimento  furto  deterioramento

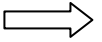
Allegato:

- Denuncia dell'avvenuto smarrimento o furto presentata all'autorità giudiziaria;
- Copia documento d'identità;
- Contrassegno precedentemente rilasciato in caso di deterioramento

(1) Produrre documenti comprovanti la tutela

(2) Specificare e allegare la documentazione attestante la legittimazione alla richiesta per nome e per conto dell'interessato

(3) Allegare copia del documento di identità o equipollente dell'interessato se diverso dal richiedente



### DICHIARA

ai sensi e per effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75, articoli entrambi dello stesso D.P.R n. 445/2000

di essere a conoscenza che l' uso del contrassegno è personale e che il contrassegno deve essere restituito dopo la scadenza o in caso di decesso.

### ALLEGA

- Certificazione medica**, come sopra descritto;
- 1 fotografia** formato tessera;
- Copia **documento di identità**
- 1 marca da bollo** euro 16,00 (solo per contrassegni a tempo determinato) ;
- Contrassegno scaduto in caso di rinnovo o deterioramento;
- Denuncia smarrimento o furto nel caso specifico;

#### **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.

Polesella, .....

.....

*Firma*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dichiara che il richiedente è impossibilitato a firmare.

Polesella, .....

.....

*Firma*

#### PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)
- documento d'identità del delegato.