|  |  |
| --- | --- |
|  | **COMUNE DI COSTIGLIOLE SALUZZO**  **Provincia di Cuneo**  Via Vittorio Veneto n.59 c.a.p. 12024  Tel. 0175.230121 – Fax. 0175.239003  Email: [segreteria@comune.costigliolesaluzzo.cn.it](mailto:segreteria@comune.costigliolesaluzzo.cn.it)  Pec: [comune.costigliolesaluzzo.cn@cert.legalmail.it](mailto:comune.costigliolesaluzzo.cn@cert.legalmail.it)  [www.comune.costigliolesaluzzo.cn.it](http://www.comune.costigliolesaluzzo.cn.it)  (sul sito sono disponibili gli indirizzi particolari per ogni ufficio) |

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE E RELATIVO CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELE PERSONE CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA**

(art. 381 D.P.R. 16/12/1992, n.495)

Il/La sottoscritto/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato/a a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_/\_\_/\_\_\_\_** codice fiscale **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in Via/Piazza **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n° **\_\_\_\_** Tel. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il RILASCIO/ RINNOVO dell’autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall’art. 381 D.P.R. 16/12/1992, n. 495, a favore di:

Sé medesimo;

In qualità di:

Esercente la patria potestà del minore

Tutore

Altro: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in nome e per conto di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nato/a a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** il **\_\_/\_\_/\_\_\_\_** codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in Via/Piazza **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** n° **\_\_\_\_\_\_** Tel. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall’art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e **allega** la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all’originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

**Certificazione medica** rilasciata dall’ufficio medico-legale dell’Azienda 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:

*Capacità di deambulazione permanentemente impedita o sensibilmente ridotta;*

*Capacità di deambulazione temporaneamente impedita o sensibilmente ridotta a causa di una situazione temporanea della quale è indicata come presumibile termine la data del* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;***

*È non vedente (art. 12 c.3 D.P.R. 503/96);*

oppure in alternativa:

**Verbale della commissione medica integrata** di cui all’art. 20 del D.L. 01/07/2009 n. 78, convertito con modificazioni, dalla L. 03//08/2009 n. 102, che riporti anche l’esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell’art. 381 D.P.R. 16/12/1992 n. 495, e s.m.i. *(anche per la categoria non vedenti – art 12 c.3 D.P.R. 503/96)*;

**Copia fotostatica non autenticata del documento di identità** del richiedente *(solo se la richiesta non è sottoscritta in presenza del pubblico ufficiale o dell’incaricato di pubblico servizio)*;

**Altri eventuali documenti** *(specificare)*: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, si presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità scritte di seguito.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Costigliole Saluzzo li **\_\_/\_\_/\_\_\_\_** |  | IL RICHIEDENTE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Marca da bollo 16,00 € per contrassegno temporaneo |

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 – D.Lgs. 196/2003)**

Ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003 si rende noto che i dati forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell’autorizzazione e del contrassegno, come richiesto.

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’art. 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16/12/1992 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 l’interessato potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Costigliole Saluzzo (CN) – Responsabile del trattamento dei dati è l’Ufficio di Polizia Locale del Comune di Costigliole Saluzzo (CN).