

CONTR. N° _____ SCADENZA ____/____/____



MODULO PER RICHIESTA DI CONTRASSEGNO SPECIALE INVALIDI

Art. 381 del D.P.R. 495/92 - art. 4 D.L. n. 5 del 09/02/2012

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ **NOME** _____

art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 - consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara che la documentazione allegata in copia alla presente istanza è conforme all'originale. Dichiara inoltre di essere:

NATO A _____ **PROV.** _____ il ____ / ____ / _____

RESIDENTE A _____ **PROV.** _____ **CAP.** _____

IN _____ **N. CIVICO** _____

TELEFONO _____ **MAIL** _____

TUTORE/GENITORE DI _____

NATO A _____ **PROV.** _____ il ____ / ____ / _____

RESIDENTE A _____ **PROV.** _____ **CAP.** _____

IN _____ **N. CIVICO** _____

CHIEDE IL *(barrare solo il proprio tipo di richiesta)*

RILASCIO; **RINNOVO**;

DUPLICATO PER: **deterioramento** **smarrimento** **furto** **cambio domicilio**;

CONFORMEMENTE A QUANTO PREVISTO DAGLI ARTICOLI 23 E 26 DEL D. L. N.196/2003 CONFERMO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY INDICATA SUL RETRO DEL PRESENTE MODELLO E , CON L'APPOSIZIONE DELLA FIRMA IN CALCE AL PRESENTE DOCUMENTO, DI PRESTARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALL'ARCHIVIAZIONE DEI DATI PERSONALI SENSIBILI CHE MI RIGUARDANO, DA PARTE DELLA POLIZIA LOCALE DI NUORO.

DATA _____

Firma

CERTIFICAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE PER IL RINNOVO

art. 381 comma 3 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495-Regolamento di Esecuzione del Codice della Strada,

Io sottoscritto Dott. _____ accertata la titolarità del contrassegno speciale permanente per invalidi n° _____, per il quale viene chiesto il rinnovo,

CONFERMO IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO

Data _____

Il Medico Curante

 timbro e firma

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Normativa di riferimento: art. 381 D.P.R. 495/92 – art. 4 D.L. n. 5 del 09/02/2012

Primo rilascio:

- 1- domanda in carta semplice compilata sul presente modello;
- 2- verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile nella quale sia espressamente indicata la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ovvero che il soggetto è non vedente **oppure** certificazione medica redatta dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ATS di appartenenza con la quale venga attestata la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ovvero che il soggetto è non vedente;
- 3- n° 2 fotografie recenti a colori formato tessera.
- 4- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità se la sottoscrizione non è apposta alla presenza del dipendente incaricato al ricevimento dell'istanza;

Rinnovo:

- 1- domanda in carta semplice compilata sul presente modello;
- 2- certificato del proprio medico curante (compilabile dal sanitario direttamente sul presente modello);
- 3- n° 2 fotografie recenti a colori formato tessera.
- 4- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità se la sottoscrizione non è apposta alla presenza del dipendente incaricato al ricevimento dell'istanza;

ALL'ATTO DEL RITIRO DEL NUOVO CONTRASSEGNO DOVRÀ ESSERE RICONSEGNA TO QUELLO PRECEDENTE SCADUTO.

Smarrimento e/o deterioramento:

- 1- domanda in carta semplice compilata sul presente modello;
- 2- denuncia rilasciata ad Autorità Giudiziaria;
- 3- n° 1 fotografia recente a colori formato tessera.
- 4- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità se la sottoscrizione non è apposta alla presenza del dipendente incaricato al ricevimento dell'istanza;

IMPORTANTE

I contrassegni rilasciati per patologie di carattere temporaneo non possono essere rinnovati dal medico curante. Potranno essere prorogati esclusivamente con certificazione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ATS Sardegna di appartenenza o nuovo verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'Handicap.

Informativa sulla privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D.lvo 30 giugno 2003n.196 (Legge sulla privacy), si informa che:

1. i dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità relative al rilascio degli atti richiesti;
2. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante procedure cartacee e informatiche;
3. i dati saranno comunicati ad eventuali Enti richiedenti interessati al procedimento;
4. il titolare del trattamento è il Comando di Polizia Locale di Nuoro via La Marmora 171 Nuoro;
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. lvo n.196/2003 predetto.

In ottemperanza alla medesima legge, si precisa che la certificazione del medico curante deve esclusivamente confermare il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, senza che venga riportato alcun dato sensibile riguardante patologie mediche.

La presente domanda, compilata in tutte le sue parti e corredata di tutta la documentazione richiesta, va fatta pervenire a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Lula – via Dei Mille 11, oppure inoltrata:

- 1- tramite pec al seguente indirizzo: protocollo@pec.comune.lula.nu.it;
- 2- tramite raccomandata al seguente indirizzo: Comune di Lula via dei Mille 11 – LULA.

Il contrassegno dovrà essere ritirato presso L'Ufficio di Polizia Locale.