

Domanda per il rilascio del contrassegno **Invalidi**

ai sensi del comma 3° art. 381 DPR 495/92

RICHIESTA RINNOVO PERMESSO

- Vecchio permesso
- Copia carta di identità fronte e retro dell'invalido e, nel caso, del tutore legale.
- Certificato del medico curante in originale 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
- Due foto a colori, formato tessera, dell'invalido.

RICHIESTA DUPLICATO CONTRASSEGNO

- Copia Carta d'Identità fronte e retro dell'invalido e nel caso del tutore legale.
- In caso di furto o smarrimento, copia della denuncia rilasciata dall'Autorità di Polizia.
- In caso di deterioramento, riconsegnare il vecchio permesso comprensivo di autorizzazione.
- Due foto a colori, formato tessera dell'invalido.

I rinnovi vengono effettuati solo se il certificato originario 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 ed è quindi necessario chiedere un nuovo permesso.

DICHIARAZIONE SOTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R.28 Dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a, in qualità di richiedente, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e/o contraffatti, chiamati dall'art 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

che la documentazione presentata allegata alla presente è originale o conforme all'originale in mio possesso e che la stessa non è stata revocata, sospesa o modificata.

DELEGA AL RITIRO DEL TESSERINO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Il richiedente, conferma di aver preso visione di quanto sopra indicato e dei dati riportati negli spazi compilati.

Firma (vedere Nota-1-pag.3)

RICHIESTA DA PARTE DELL'INTERESSATO

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 sottoscritto/a

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

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO (barrare una delle due caselle sottostanti):

rilascio nuovo permesso invalidi rinnovo permesso invalidi n. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L. - Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA	<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"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona.

ALLEGRO : certificato medico in originale ovvero copia del verbale della commissione medica integrata originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,/...../.....

Firma leggibile (vedere Nota -1-pag. 3)

RICHIESTA DA PARTE DEL TUTORE

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

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:	N. civico:	CAP:
Cellulare: ()		E-mail: ()	
Telefono fisso ()		Fax: ()	Pec - Posta Elettronica Certificata: ()

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di essere il tutore a norma di legge di:

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

(*Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

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. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L.- Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA	<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"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Municipale di Verona.

ALLEGO : - certificato medico in originale ovvero copia del verbale della commissione medica integrata
- originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,/...../..... **Firma leggibile** (vedere Nota -1-pag. 3) _____

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

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196/2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali, il Comune, in qualità di Titolare del trattamento ("Titolare"), è tenuto a fornirLe la seguente informativa sul trattamento dei Suoi dati personali.

1. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali verranno trattati dal Titolare per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, in relazione al procedimento relativo alla domanda di permesso di transito e/o sosta.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

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.

5. Diritti dell'interessato

La informiamo che il Codice in materia di protezione dei dati personali attribuisce all'Interessato la possibilità di esercitare specifici diritti. Lei potrà ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, l'aggiornamento, la rettificazione o, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 e seguenti del D.P.R. N. 445/00, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei miei riguardi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00 le sanzioni previste dal codice Penale e delle leggi speciali in materia; consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00.

I permessi invalidi vengono rilasciati soltanto dal Comune di residenza della persona interessata.

Documenti da allegare alla domanda:

RICHIESTA NUOVO PERMESSO

- Copia carta di identità fronte e retro dell'invalido e, nel caso, del tutore legale.
- 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 DPR 495/92). - ovvero - verbale della commissione medica integrata ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno invalidi, presentato in originale o copia conforme all'originale. L'istante dovrà altresì dichiarare che quanto attestato dal verbale non è stato revocato, sospeso o modificato.
- Due foto a colori, formato tessera, dell'invalido. In caso di emissione di certificato medico con attestazione di durata temporanea, 2 marche da bollo da 16,00 €.