

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

Il sottoscritto/a
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nato/a il a Prov.
data di nascita localit  di nascita

Residente a Cavernago in tel. Abitazione
Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art.381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identit 

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validit  inferiore a 5 anni

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art.381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identit 
- Contrassegno scaduto

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validit  di 5 anni

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”**
- Documento d'identit 
- Contrassegno scaduto

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il titolare del Trattamento   il Comune di Cavernago Via Papa Giovanni, 24. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Cavernago. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

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 finalit  indicate.

- Acconsento
- Non acconsento

Cavernago, _____
Data

firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

IN QUALIT  DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTIT  E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

- 1. Delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)**
- 2. Documento d'identit  del delegato.**

Cavernago, _____
Data

firma del delegato