**AL SINDACO
DEL COMUNE DI CORSICO**

**Marca da bollo da €. 16,00**

**(solo per rilasci temporanei)**

|  |
| --- |
| **OGGETTO: Richiesta di autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta e del relativo contrassegno invalidi denominato “Contrassegno di parcheggio per disabili” conforme al modello Europeo.** |

Il/La Sottoscritto/a

Prov. di Data di nascita

Nato/a a Sottoscritto/a

Prov. di Indirizzo

Residente aSottoscritto/a



Prov. di Indirizzo

Domiciliato/a a Sottoscritto/a

Telefono abitazione Cellulare

Codice Fiscale critto/a

**il/la quale agisce in nome e per conto:**

[ ]  **PROPRIO.---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------//**

[ ]  **IN NOME E PER CONTO DI:**

Prov. di Data di nascita

Nato/a a Sottoscritto/a

Prov. di Indirizzo

Residente aSottoscritto/a



Telefono abitazione Cellulare

Codice Fiscale critto/a

**In qualità di:**

[ ]  FAMILIARE CONVIVENTE (Obbligatorio allegare fotocopia fronte retro del documento d’identità dell’interessato)

[ ]  ESERCENTE LA PATRIA POTESTA’ (in caso di minore)

[ ]  TUTORE (citare gli estremi della nomina)

[ ]  DELEGATO (obbligatorio compilare delega sul retro ed allegare documento d’identità)

**C H I E D E**

**[ ]  RILASCIO**

**[ ]  Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 495/92)** (rilascio su parere ATS);

A tale scopo allega:

• Certificato rilasciato dalla Azienda Sanitaria attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992);

• Documento d'identità;

• n. 2 fotografie formato tessera;

• Delega ad agire in nome e per conto dell’interessato/a (ove necessario);

• Documento d’identità della persona delegata (ove necessario);

• Marca da bollo da €. 16,00 da apporre sull’autorizzazione (se temporanea);

**[ ]  RINNOVO**

**[ ]** Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n.  con validità inferiore a 5 anni (rilascio su parere ATS);

A tale scopo allega:

• Certificato rilasciato dalla Azienda Sanitaria attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992);

• Documento d'identità;

• Contrassegno scaduto;

• n. 2 fotografie formato tessera;

• Delega ad agire in nome e per conto dell’interessato/a (ove necessario);

• Documento d’identità della persona delegata (ove necessario);

• Marca da bollo da €. 16,00 da apporre sull’autorizzazione (se temporanea);

**[ ]** Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n.  con validità di 5 anni (rilascio d'Ufficio);

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'identità;
* Contrassegno scaduto;
* n. 2 fotografie formato tessera;
* Delega ad agire in nome e per conto dell’interessato/a (ove necessario);
* Documento d’identità della persona delegata (ove necessario);

**[ ]** Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n.  con validità di 5 anni con Patologia cui al D.M. 02.08.2007 o DPR 495/92 - art. 381 con attestazione di non revisione o esonero da future revisioni ai sensi del DM 02/08/2007 (rilascio d'Ufficio); o invalidi civili con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento (L. 508/88 e L. 18/80);

A tale scopo allega:

* Il Certificato rilasciato dal medico curante non è necessario in quanto il verbale attestante lo status di Invalido Civile è riferito ai codici 05 - 06 -08 -09 - D.M. 02.08.2007;
* Documento d'identità;
* Contrassegno scaduto;
* Potrà essere richiesta copia del verbale originario riportante i codici qualora non reperibile presso gli Uffici;
* n. 2 fotografie formato tessera;
* Delega ad agire in nome e per conto dell’interessato/a (ove necessario);
* Documento d’identità della persona delegata (ove necessario);

**[ ]** Chiede la sostituzione del contrassegno invalidi n.  in quanto da sostituire con nuovo modello

**[ ]  Smarrimento/Furto [ ]  Deteriorato**

A tale scopo allega:

* Denuncia di Smarrimento/Furto (Nel caso di Smarrimento/Furto);
* Documento d'identità;
* n. 2 fotografie formato tessera;
* Contrassegno deteriorato (Nel caso di deterioramento);
* Delega ad agire in nome e per conto dell’interessato/a (ove necessario);
* Documento d’identità della persona delegata (ove necessario);

**Nella circostanza:**

**[ ]  Si riconsegna Autorizzazione n.** **del**

**[ ]  Si riconsegna Contrassegno Invalidi n.** **del**

**[ ]  Dichiaro di non avere altra autorizzazione e relativo contrassegno rilasciato da altro comune, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarò perseguito/a ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000); dichiarando altresì di essere informato, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.**

**Corsico, lì** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE**

|  |
| --- |
| **AVVERTENZE** |

**la certificazione rilasciata dalla competente ATS non è necessaria soltanto nei seguenti due casi:**

1. ciechi assoluti e “*ventesimisti*” (persone con residuo visivo non superiore ad un ventesimo) per I quali è sufficiente la presentazione del certificato di invalidità **(cod. 08/09)**;
2. persone in possesso di certificato di invalidità civile se in esso risulta espressamente barrata la casella recante la dicitura “impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore” **(cod. 05/06)**;
3. verbale di invalidità o handicap con i seguenti riferimenti: DPR 495/92, art 381 con attestazione di non revisione o esonero da future revisioni ai sensi del DM 02/08/2007;

I certificati devono essere presentati, unitamente all’istanza **in originale**, l’ufficio procedente, provvederà a farne copia, restituendo gli originali all’interessato.

**Si informa che dovrà essere comunicato, da parte dell’interessato tramite il modello allegato, al Corpo Polizia Locale di Corsico il numero della targa dei veicoli utilizzati abitualmente dalle persone titolari del contrassegno.**

**Tale comunicazione dovrà avvenire dopo il rilascio del contrassegno.**

**[ ]** Dichiara di voler aderire alla Piattaforma unica contrassegno disabili - CUDE

**Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Corsico, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 02.44801 Indirizzo PEC: [ufficioprotocollo@cert.comune.corsico.mi.it](file:///C%3A%5CUsers%5Cflucini%5CPassa%5CPassa_Caboto%5C1%20MUDULISTICA%20SPORTELLO%5Cufficioprotocollo%40cert.comune.corsico.mi.it)

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica:

[rpdcorsico@comune.corsico.mi.it](file:///C%3A%5CUsers%5Cflucini%5CPassa%5CPassa_Caboto%5C1%20MUDULISTICA%20SPORTELLO%5Crpdcorsico%40comune.corsico.mi.it)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell’art. 6 par. 1 lett. c) ed e) del Regolamento UE 679/2016.

I Suoi dati sono trattati da personale dell’Ente appositamente autorizzato, che provvede a raccogliere e registrare le dichiarazioni presentate, oltre che assicurare la loro adeguata conservazione in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003.

I dati potranno essere inoltre comunicati a soggetti pubblici per l’osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l’aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell’interessato, ovvero per l’accertamento, l’esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Corsico, lì

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per esteso e leggibile per presa visione

|  |
| --- |
| **DELEGA DA COMPILARE NEL CASO IN CUI L’INTERESSATO/A SIA IMPOSSIBILITATO/A A PROVVEDERE PERSONALMENTE** |

 in prima pagina meglio generalizzato/a

Il/La Sottoscritto/a

**DELEGA**

 in prima pagina meglio generalizzato/a

Il/La sig./sig.ra

**ALL’ESPLETAMENTO IN MIA VECE DELLA PRATICA DI CUI IN OGGETTO SPECIFICATA.**

**Corsico, lì** **Firma del delegante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Visto dell’addetto alla ricezione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TIMBRO**

**Corsico, lì**