



Al Sig. SINDACO

del COMUNE DI MANDURIA (TA)

PEC: [protocollo.manduria@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.manduria@pec.rupar.puglia.it)

**OGGETTO:** Richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495 "Regolamento di esecuzione del codice della strada").

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente a .....

in via .....tel. ....

**Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO solo se il FIRMATARIO della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato.**

IN NOME E PER CONTO DI .....

nato a ..... il .....

residente a .....

in via .....tel. ....

*a tal fine, valendomi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità :*

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- ☐ **INCARICATO**
- ☐ **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (in caso di minore)**
- ☐ **TUTORE (citare estremi dell'atto di nomina) .....**

*Se incaricato, **obbligatorio** allegare fotocopia di documento di identità' valido dell'interessato.*

*In caso di minori o persone interdetto, se la domanda viene presentata a sportello da terzi, dovrà essere accompagnata da **documento di identità dell'esercente la patria potestà o del tutore.***

**CHIEDE**

☐ **IL RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), **(HA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA) O APPARTENENTI ALLA CATEGORIA DEI NON VEDENTI (ART. 12 C. 3 D.P.R. 503/96)** ed a tal fine **ALLEGA:**

- Certificazione medica **(in originale)** rilasciata dal Settore Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di

- N. 2 foto formato tessera
- Copia del documento d'identità

☐ **IL RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495) (**INDICARE IL NUMERO DEL CONTRASSEGNO**)  
Ed a tal fine **ALLEGA**:

- Se quinquennale: Certificato (in originale) del medico di base che riporta **“che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio di persone invalide”**
- Se temporaneo: Certificato rilasciato dalla Commissione Medica Integrata della ASL di appartenenza
- N. 2 foto formato tessera
- Copia del documento d'identità
- Contrassegno scaduto

☐ **IL DUPLICATO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone disabili (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), (**INDICARE IL NUMERO DEL CONTRASSEGNO**)  
ed a tal fine **ALLEGA**:

- N. 2 foto formato tessera
- Contrassegno deteriorato

In caso di furto o smarrimento:

- Copia della denuncia presentata ai Carabinieri
- N. 2 foto formato tessera

#### **DICHIARA**

- di essere a conoscenza che l'uso è personale ai sensi dell'art 188 del C.D.S., che non può essere in possesso di uguale autorizzazione di altro Comune e che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (scadenza, trasferimento in altro Comune, decesso, ecc.)
- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

**Manduria** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

#### **NOTE**

#### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell'art. 13 del D. LGS n. 196/2003, che:**

- a) *il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza è finalizzato al rilascio di contrassegno invalidi;*
- b) *il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;*
- c) *il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria;*
- d) *il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza;*
- e) *i dati conferiti –ivi comprese le certificazioni mediche presentate - potranno essere comunicati, qualora necessario in relazione ad adempimenti procedurali, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale o ad altri soggetti pubblici;*
- f) *il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.LGS n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comune, individuato nel Responsabile del Settore;*
- g) *il titolare del trattamento dati è il Comune di Manduria, con sede in via Fra G. Margherito – 74024 Manduria.*