RICHIESTA DEL CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE INVALIDE (D.Lgs n.285 del 30/04/92 art.188 "nuovo codice della strada"- D.P.R. n.495 del 16/12/92 art.381)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____/_____/_____

a_____e residente in Sacrofano via/piazza _____

n._____Recapito telefonico_____;

Oppure

In nome e per conto di _____ C.F._____

nato/a il ____/____/_____ a _____ e residente in _____

Via/piazza _____tel._____

e dichiarando a tal fine, valendomi delle disposizioni di cui al DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni false e mendaci, e sotto la mia personale responsabilità di agire in qualità di

- ☐ FAMILIARE (indicare il grado di parentela e allegare delega scritta) _____
- ☐ ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' (allegare documentazione)
- ☐ ALTRO (allegare documentazione e delega scritta) _____

CHIEDE

(barrare la casella corrispondente alla propria richiesta)

☐ **IL RILASCIO**
del contrassegno di cui all'oggetto. A tale scopo allega:
- Certificato rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale –Ufficio Medico Legale, attestante la ridotta capacità di deambulazione (la certificazione medica richiesta non è il verbale rilasciato dalla Commissione Medica Asl):
- Documento di identità
- N.1 foto tessera

( ) PERMANENTE **( )TEMPORANEA fino al** _____

☐ **IL RINNOVO (in caso di invalidità temporanea)**
del contrassegno di cui all'oggetto. A tale scopo allega:
- Certificato rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale -Ufficio Medico Legale, attestante la ridotta capacità di deambulazione;
- Documento di identità;
- Contrassegno scaduto;
- N.1 foto tessera

☐ **IL RINNOVO (in caso di invalidità permanente)**
del contrassegno di cui all'oggetto. A tale scopo allega:
- Certificato originale rilasciato dal Medico Curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'attuale contrassegno;
- Documento di identità;
- Contrassegno scaduto ;
- N.1 foto tessera

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati da Lei forniti saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla Legge. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza e saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure del rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta.Il Titolare del trattamento è il Comune di Sacrofano – Largo Biagio Placidi n.1 - 00060 Sacrofano (Rm).

Sacrofano lì _____ _____

(firma del richiedente)

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE
- **Delega firmata dal richiedente il contrassegno**
- **Documento di identità del delegato**

Sacrofano lì_____ _____

(firma del delegato)