

**Spett.le  
Polizia Locale  
del Comune di Manzano  
Via Natisone n. 34  
33044 Manzano (UD)**

***OGGETTO: Domanda di rilascio/rinnovo Contrassegno di parcheggio per disabili.***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ ,  
residente in \_\_\_\_\_ (UD) in Via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

*(barrare la casella che interessa)*

- Il rilascio dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili di tipo PERMANENTE (durata massima 5 anni);
- Il rilascio dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili di tipo TEMPORANEO / A TEMPO DETERMINATO (in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche);
- (Per i soli contrassegni aventi validità PERMANENTE, in corso di validità) Il RINNOVO dell'Autorizzazione e del relativo Contrassegno per disabili n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_ con scadenza in data \_\_\_\_\_.

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- (Solo per rilascio contrassegno di tipo TEMPORANEO) N. 02 marche da bollo da € 16,00 (apporre una marca sulla domanda ed allegare l'altra marca, necessaria per il rilascio dell'autorizzazione);
- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Fototessera recente e a colori del richiedente;
- Uno dei seguenti Certificati/Verbalì (in alternativa):
  - Certificato rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda sanitaria di appartenenza, dal quale risulti che il soggetto interessato ha effettiva capacità di deambulazione impedita/sensibilmente ridotta, ovvero appartiene alla categoria dei non vedenti;
  - Verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità, rilasciato dal Centro Medico Legale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura *"ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992"*
  - Verbale di commissione medica per l'accertamento dell'handicap, rilasciato dalla Commissione di Visita Medico Integrata dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, purché in tale verbale sia presente la dicitura *"ricorrono le previsioni di cui all'Art. 381 del DPR 495/1992"*;
  - (solo per rinnovo contrassegno di tipo PERMANENTE) Certificato rilasciato dal Medico Curante, che esplicitamente *"confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"*.

**N.B.** I suddetti certificati / verbalì, per i quali non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi, vanno prodotti in originale o copia conforme all'originale (è utilizzabile a tale scopo l'allegato *schema di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di conformità all'originale*).

I certificati/verbalì aventi validità permanente riportano la dicitura "validità permanente" oppure "non soggetto a revisione", mentre i certificati/verbalì aventi validità temporanea riportano la durata o la data di scadenza.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA DI UN DOCUMENTO

(Artt. 19 e 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

via/piazza \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

**Ai sensi degli Artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000, che l'allegata copia del \_\_\_\_\_ dd. \_\_\_\_\_, composta da n. \_\_\_\_\_ pagine, è conforme all'originale rilasciato in data \_\_\_\_\_ e firmato digitalmente da \_\_\_\_\_.**

➤ **Ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445/2000, che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 16 del D. Lgs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Si allega:** Fotocopia di

*ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali":*

- i dati raccolti sono trattati, con strumenti manuali, informatici e telematici, esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell'autorizzazione in deroga di cui all'art. 381 c. 2 D.P.R. 495/1992, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
- il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dell'autorizzazione ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste impedirà di dare corso al procedimento di rilascio dell'autorizzazione;
- i dati raccolti potranno essere comunicati agli organi istituzionali di controllo;
- il Titolare del trattamento dei dati è la POLIZIA LOCALE del Comune di Manzano, con sede in Manzano (UD) Via Natisone, 34
- il Responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio di Polizia Locale ;
- gli incaricati del trattamento sono tutti i dipendenti del Comune di Manzano (UD).
- i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (sinteticamente: ottenere informazioni, chiedere aggiornamenti/rettifiche/ integrazioni/cancellazioni/trasformazioni dei dati, nonché attestazioni, opporsi al trattamento);
- l'interessato potrà rivolgere, alla Polizia Locale del Comune di Manzano, eventuali richieste di esercizio dei diritti di cui al punto precedente.