**DOMANDA PER IL CONTRASSEGNO DI SOSTA E CIRCOLAZIONE PERSONE INVALIDE CON CAPACITA’ DI DEAMBULAZIONE RIDOTTA O NON VEDENTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di **INTESTATARIO**  **CURATORE/TUTORE** (Art.5 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Del/la Sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell’art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.d.S. (D.P.R. n. 495 del 16.12.92), relativo all’invalidità.

*Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:*

* **IL RILASCIO del contrassegno disabili PERMANENTE (validità 5 anni)**

**Allega** il Certificato Medico rilasciato dall’Ufficio Medico Legale del’ U.L.S.S. di appartenenza o verbale INPS dal quale risulta: “invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – art. 381 DPR 495/1992” o lo stato di non vedente (DPR 503/1996, art. 12 c. 3);

**Allega** n. 1 fototessera e fotocopia della carta di identità.

* **IL RINNOVO del contrassegno disabili PERMANENTE n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allega** il Certificato del proprio medico curante;

**Allega** n. 1 fototessera;

**Allega** Contrassegno scaduto (alla consegna del nuovo contrassegno).

* **IL RILASCIO del contrassegno disabili TEMPORANEO**

**Allega** il Certificato Medico rilasciato dall’Ufficio Medico Legale dell’U.L.S.S. di appartenenza o verbale INPS dal quale risulta “invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – art. 381 DPR 495/1992”;

**Allega** n. 1 fototessera e fotocopia della carta di identità.

* **IL DUPLICATO del contrassegno disabili** n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Per smarrimento per furto per deterioramento**

**Allega** denuncia autorità giudiziaria;

**allega** n. 1 fototessera.

**ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 DPR 445/2000** che quanto dichiarato ed allegato corrisponde al vero.

**SANZIONI:** l’uso improprio del permesso comporta, oltre allae sanzioni previste dal Codice della Strada, il ritiro del permesso. La falsificazione del permesso o l’uso di un permesso falso sono puniti dal Codice Penale (art. 476 e seguenti, in particolare 482 e 489)

**NOTA INFORMATIVA ai sensi del D.lgs. del 30.06.2003 n. 196 e CONSENSO**. I dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per l’assolvimento dei compiti istituzionali, peraltro già noti all’interessato, attribuiti all’ufficio cui è indirizzata la richiesta, ai sensi delle Leggi e dei Regolamenti vigenti. Restano ferme, ai sensi del D.lgs. del 30.06.2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, le vigenti norme in materia di accesso ai documenti amministrativi, in quanto compatibili con il decreto succitato.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER LETTO E ACCETTATO L’INFORMATIVA PREVISTA AI SENSI DELL’ART.13 DEL D.Lgs. 196/2003 E S.M.I E DELL’ART. 13 DEL GDPR 2016/679.

Massa Marittima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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