***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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

*(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);
* Il RINNOVO (Per i soli contrassegni aventi validità PERMANENTE, in corso di validità) dell’Autorizzazione e del relativo Contrassegno per disabili n. \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DUPLICATO dell’Autorizzazione e del relativo Contrassegno di parcheggio per disabili N. \_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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/Verbali (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 / verbali, 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/verbali aventi validità permanente riportano la dicitura “validità permanente” oppure “non soggetto a revisione”, mentre i certificati/verbali aventi validità temporanea riportano la durata o la data di scadenza.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ 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 UTI DEL NATISONE, con sede in Cividale del Friuli UD) Piazzetta Chiarottini, 6*
* *il Responsabile del trattamento è il Comandante dell’UTI del Natisone;*
* *gli incaricati del trattamento sono tutti i dipendenti dell’UTI DEL NATISONE*
* *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 UTI del Natisone, eventuali richieste di esercizio dei diritti di accesso di cui al punto precedente.*