



CORPO DI POLIZIA LOCALE VAREDO

Via San Giuseppe n.11 –20814 Varedo (MB)
EMAIL: poliziale@comune.varedo.mb.it
PEC: postacertificata@comune.varedo.legalmail.it



Oggetto: Richiesta di Autorizzazione e relativo Contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non vedenti (art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
tel. / cell. n. _____

CHIEDE

il rilascio ☐ / **il rinnovo** ☐ dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione del Codice della Strada a favore di:

- ☐ Sé medesimo
- ☐ In nome e per conto di:

_____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46,47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi che giustificano la presente richiesta ed allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essa riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

- ☐ **Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale della ASL di appartenenza**, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona interessata ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero non è vedente (art. 12 c. 3 del D.P.R. 503/96);

oppure, in alternativa

- ☐ **Verbale della Commissione Medica** integrata cui all'art. 20 della Legge 3 Agosto 2009 n. 102, che riporti l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi cui al comma 2 dell'art. 381 Reg. Esec. del D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 e successive modificazioni, anche per la categoria non vedenti –art. 12 c. 3 D.P.R. 503/96.

- ☐ **In caso di rinnovo, certificazione rilasciata dal medico curante dalla quale si evinca il persistere della patologia;**

- ☐ Fotocopia del documento di identità dell'intestatario dell'autorizzazione richiesta;

- ☐ **N. 2 foto a colori formato tessera;**

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di Varedo nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che, i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici per il procedimento al quale il presente modulo si riferisce, per tale ragione il conferimento dei dati è obbligatorio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 22 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, pec: postacertificata@comune.varedo.legalmail.it, telefono: 03625871 Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati, e-mail: privacy@comune.varedo.mb.it

L'informativa privacy completa è disponibile presso l'ufficio di riferimento e presso il sito: <https://www.comune.varedo.mb.it>

Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati con le finalità e le modalità sopra descritte.

Varedo, _____

Firma del richiedente



Città di Varedo

POLIZIA LOCALE VAREDO