

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o .....  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il ..... a ..... Prov. ....  
*data di nascita località di nascita*

Residente a Cerchiara di Calabria (CS) in ..... tel..... abitazione.....  
*via/piazza numero civico CAP*

*Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:*

**Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)**

A tale scopo allega:

Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria ..... attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),

*indicare l’Azienda Sanitaria che ha rilasciato l’attestazione*

Documento d’identità

**Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria ..... attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),

*indicare l’Azienda Sanitaria che ha rilasciato l’attestazione*

Documento d’identità

Contrassegno scaduto

**Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria ..... attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),

*indicare l’Azienda Sanitaria che ha rilasciato l’attestazione*

Documento d’identità

Contrassegno scaduto

*La informiamo, ai sensi dell’art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Cerchiara di Calabria (CS). I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell’autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Cerchiara di Calabria. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l’evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all’art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l’indirizzo del Titolare. Letta e compresa l’informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.*

**acconsento**

**non acconsento**

Cerchiara di Calabria, \_\_\_\_\_  
*Data*

Firma: \_\_\_\_\_  
*firma del richiedente (invalido o tutore/curatore) l*

**(IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

**PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:**

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)
- documento d'identità del delegato.

Cerchiara di Calabria, \_\_\_\_\_  
*Data*

Firma: \_\_\_\_\_  
*firma del delegato*