Al Sig. SINDACO
del Comune di FELTRE
p.zza Delle Biade, 1
32032 FELTRE (BL)

**OGGETTO: richiesta contrassegno previsto dall'art. 381 del DPR 16.12.1992 N. 495.**

In applicazione dell'art. 381 del D.L.vo 16/12/1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Codice della Strada ) così come modificati dal D.P.R. N 151 del 30 luglio 2012 il/la sottoscritto/a …… nat…. a …....…… (..) il …/…/…. e residente a Feltre (BL), in via/piazza….....…….. nr..... ai sensi degli artt. 46-47 del DPR 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, consapevole che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi e, nel caso di dichiarazioni false, ad informare l'Autorità giudiziaria

**DICHIARA**

- di essere persona disabile, con capacità di deambulazione **impedita o sensibilmente ridotta** come da certificazione medica allegata.
- di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ex art. 13 D. Lgs. n. 196 del 2003 e di autorizzare il trattamento dei dati.

**CHIEDE**

☐ che gli venga rilasciato lo speciale contrassegno di circolazione e sosta previsto dal citato art. 381 del D.L.vo 16/12/1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione del Codice della Strada ) così come modificato dal D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 .

**OVVERO**

Essendo già titolare del contrassegno nr……. rilasciato dal Comune di …..……..in data …/.../…. e avente scadenza il ..../…/….

**CHIEDE**

Il rilascio di un duplicato per: ☐ DETERIORAMENTO ☐ SMARRIMENTO ☐ FURTO
☐ **SCADUTA VALIDITA'**
Si allega la documentazione retro – specificata.

Modalità con cui si desidera venire informati del rilascio di autorizzazione:
(indicarne almeno una) ☐ telefono …..... ☐ cell. ….....
☐ e-mail …..... (scriverla in modo chiaro)

Firma del richiedente

_____

DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL RAPPRESENTANTE SOLO IN CASO DI IMPEDIMENTO DEL TITOLARE ALLA FIRMA

l/la sottoscritto/a …… nat…. a …… (..) il …/…/… e residente a ……..……(…) in via/piazza…….....…….. nr..... **dichiara**
☐ La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso)

☐ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante. (barrare la casella se ricorre il caso).

Firma del rappresentante

☐ Impedimento alla sottoscrizione e alla dichiarazione (D.P.R. 445/2000 art. 4 )

Attesto che la dichiarazione retro riportata è stata resa dinanzi a me dal Sig, ……. identificato previa esibizione di…….…… n. …….. rilasciato il …… da …….., il quale mi ha altresì dichiarato:

☐di avere un impedimento a sottoscrivere.

☐ Dichiarazione resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute. Grado di parentela : ….....

Luogo e data — Il Pubblico Ufficiale (cognome, nome e qualifica)

……. ……

Timbro dell'ufficio

**FIRMA E CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE**

**La dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento oppure sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

**La dichiarazione può essere inviata per via telematica se sottoscritta mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta di identità elettronica.**

**La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.**

**La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

☐ DOCUMENTI ALLEGATI PER **RILASCIO** CONTRASSEGNO PER DISABILI (primo rilascio)

1. Istanza al Signor Sindaco in carta semplice ( riportata sul retro);
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria Locale per il rilascio del contrassegno per disabili o verbale della Commissione Medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno per disabili da presentarsi in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità dell'originale.
4. Una Fotografia formato fototessera.

☐ DOCUMENTI ALLEGATI PER **RINNOVO** CONTRASSEGNO PER DISABILI

1. Istanza al Signor Sindaco in carta semplice ( riportata sul retro);
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Fotocopia del contrassegno in scadenza ( l'originale dovrà essere consegnato al momento del rilascio di quello nuovo);
4. ☐ a)Se il contrassegno scaduto era valido per anni cinque:
   Dichiarazione del medico curante convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale riportante la seguente dicitura: " SI CONFERMA IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI" (Art. 381 Regolamento di esecuzione del C.d.S.)
   ☐ b)Se il contrassegno scaduto era valido per meno di anni cinque:
   Certificazione medica rilasciata dal Servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria Locale per il rilascio del contrassegno invalidi, o verbale della Commissione Medica integrata riportante anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno per disabili da presentarsi in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità dell'originale.
5. Una Fotografia formato fototessera.

☐DOCUMENTI ALLEGATI PER RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER DISABILI **IN SEGUITO A SMARRIMENTO O FURTO**

1. Istanza al Signor Sindaco in carta semplice (riportata sul retro);
2. Fotocopia del documento di identità;
3. Copia della denuncia di furto o smarrimento.
4. Una Fotografia formato fototessera.

---

**VISTO: Si rilascia il contrassegno nr……..**

**Feltre,**

**PER RICEVUTA**

**INFORMATIVA ex art. 13 D.Lgs. n. 196/2003**

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e di tutela della riservatezza e dei diritti della persona.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Feltre

RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Comandante della U.O. Polizia Locale.

Il soggetto presso il quale sono raccolti i dati è il Comandante della Polizia Locale di Feltre, Facchin Filiberto con sede in Feltre, via g. Gaggia 2.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I trattamenti connessi ai servizi offerti dal Comando Polizia Locale sono curati solo da personale del Comune di Feltre incaricato del trattamento. Nessun dato derivante dai servizi di cui sopra viene comunicato o diffuso. I dati personali forniti per lo svolgimento delle pratiche collegate al rilascio delle autorizzazioni relative alla viabilità, sono utilizzati al fine di eseguire il servizio o la prestazione richiesta e non sono comunicati a soggetti terzi, salvo che la comunicazione sia imposta da obblighi di legge o sia strettamente necessaria per l'adempimento delle richieste.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'interruzione del procedimento.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati personali sono trattati in formato cartaceo e/o con strumenti automatizzati, per il tempo necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

I soggetti cui si riferiscono i dati personali, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiedere di integrarli, aggiornarli, oppure rettificarli. I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno, inoltre, il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Le richieste relative all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003 devono essere rivolte al Comandante di P.L. Facchin Filiberto. Il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lettera d), vale a dire idonei a rivelare lo stato di salute.