

Ill.mo Signor

S I N D A C O

del Comune di

MARIANO COMENSE

OGGETTO: richiesta di rilascio o rinnovo di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 16/12/1992 n.495 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada").

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Questa sezione deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO solo se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato.**

**IN NOME E PER CONTO DI** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

a tal fine valendomi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR n.445/2000, **consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità:**

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI**

(barrare la voce interessata)

- FAMILIARE** (obbligatorio allegare fotocopia documento di identità dell'interessato).
- ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE** (in caso di minore).
- TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_
- INCARICATO** (è obbligatorio allegare delega scritta corredata di documento di identità dell'interessato).

**CHIEDO:**

- IL RILASCIO** del contrassegno e **ALLEGO:**
  - certificazione medica rilasciata ai sensi dell'art. 12 della Legge Regionale della Regione Lombardia, n. 9/82. (1)
  - nr. 1 fototessera o verbale di accertamento invalidità rilasciato dall'INPS
- IL RINNOVO** del contrassegno per disabilità permanenti (senza revisione o certificazione con validità illimitata) e **ALLEGO:**
  - certificato (in originale) del medico di base che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio. (2)
  - contrassegno scaduto. (3)
  - nr. 1 fototessera
- IL RINNOVO** del contrassegno per disabilità temporanea (con revisione o certificazione con validità limitata) e **ALLEGO:**
  - certificazione medica rilasciata da ATS ai sensi dell'art. 12 della Legge Regionale della Regione Lombardia, n. 9/82. (1) o verbale di accertamento invalidità rilasciato dall'INPS
  - nr. 1 fototessera

□ **DUPLICATO/SOSTITUZIONE**

- contrassegno da restituire
- denuncia smarrimento/furto
- nr. 1 fototessera

Mariano Comense, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Documento del firmatario: \_\_\_\_\_

L'operatore: \_\_\_\_\_

---

*Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio, ma in sua mancanza il Comune di Mariano Comense potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.*

*Il Comune di Mariano Comense la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire le Sue eventuali istanze o richieste. Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo <https://www.comune.mariano-comense.co.it/it/page/privacy-informative> e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Mariano Comense al recapito [dpo@comune.mariano-comense.co.it](mailto:dpo@comune.mariano-comense.co.it)*

Mariano Comense, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_