

OGGETTO: Richiesta contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.

Ai sensi dell'art. 188 D.Lgs 285/92, CdS, dell'art. 381 Regol. CDS, DPR 495/92 e L.R. 9/82

Il/la sottoscritto/a
nato/a ail
e residente a
via nr.
tel.

CHIEDE

☐ **IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO**

- essendo nella seguente condizione:
 1. titolare di invalidità di accompagnamento per impossibilità di deambulare senza l'aiuto di accompagnatore. (codice 05).
 2. titolare di invalidità civile con indennità di accompagnamento per impossibilità a compiere gli atti della vita quotidiana, ma solo in caso di disabilità psico-intellettiva (codice 06 con indicazione della disabilità psichica, sia essa intellettiva o mentale).
 3. titolare di riconoscimenti di cecità assoluta o parziale.
- non essendo nelle condizione di cui sopra allega la certificazione rilasciata DAI MEDICI DELL'ASL (UFFICIALI SANITARI). (telefonare al CUP – Centro Unico di Prenotazione - da telefono fisso: **848 84 84 44**)

☐ **IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO N. _____ SCAD. _____**

- allegando:
 1. il certificato del medico curante attestante la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al precedente rilascio (solo per autorizzazione precedentemente rilasciata per il periodo massimo di 5 anni).
 2. nuovo certificato dai medici dell'ASL/INPS nel caso di precedente autorizzazione a tempo determinato inferiore a 5 anni.

La richiesta è riferita a:

☐ sé stesso/a .

☐ al/alla Sig./Sig.ra nato/a
aile residente a
..... in vianr....

(ai sensi dell'art. 33, comma 4 della legge 23.12.2000, n. 388 il rilascio del contrassegno è esente dall'imposta di bollo).

☐ ai fini del rilascio del CUDE comunica che la targa collegata al contrassegno disabili è la seguente:

_____ targa alternativa _____

**ALLEGA n. 1 FOTOTESSERA RECENTE, DOCUMENTO IDENTITA' DEL RICHIEDENTE,
FOTOPIA DOCUMENTO DI CIRCOLAZIONE DEL VEICOLO**

Rovato, _____

spazio riservato all'ufficio

N. CONTRASSEGNO _____ / _____
RITIRO CONTRASSEGNO SCADUTO IN DATA ____/____/____
NUOVO CONTRASSEGNO CONSEGNATO IN DAT.A ____/____/____
DAL/AL SIG/SIG.RA _____
DATA SCADENZA ____/____/____ (giorno e mese della nascita)

Firma delegante/interessato

Firma delegato

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di Rovato saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Rovato.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo www.comune.rovato.bs.it.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.