



AL COMANDO POLIZIA LOCALE

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE PER PARCHEGGIO DISABILI resa nota mediante CONTRASSEGNO VALIDO IN TUTTA L'UNIONE EUROPEA (Rif. normativi: art. 6 del regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30.03.1971, n. 118. - Art. 188 D.L. n.285/92 ed art. 12 D.P.R. n. 503/96 -D.P.R. 30/07/2012 n. 151 (modifiche all'art. 381 D.P.R. 495/92) - Raccomandazione Consiglio Unione Europea 04/06/98.

Il/La sottoscritto/a _____

cod. fisc. _____

Nato/a a _____ il _____

telefono _____ e.mail _____

Residente in _____ Via _____

Genitore/tutore/familiare di Cognome _____

Nome _____ nato/a a _____ il _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 445/2000) dichiara di non possedere altra autorizzazione in corso di validità:

CHIEDE

- RILASCIO del contrassegno **PERMANENTE**
- RILASCIO del contrassegno **TEMPORANEO**
- RINNOVO del contrassegno **PERMANENTE** N. _____ DEL _____
- RINNOVO del contrassegno **TEMPORANEO** N. _____ DEL _____
- DUPLICATO** del contrassegno N. _____ DEL _____ per smarrimento/furto/deterioramento

ALLEGATI OBBLIGATORI:

CARTA DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE IN CORSO DI VALIDITA' (SOLO ESIBIZIONE)

PER RICHIESTE DI 1° RILASCIO PERMANENTE:

2 fototessera recenti

Copia verbale invalidità permanente o temporanea, riportante la dicitura prevista per il rilascio (vedi retro); in mancanza della dicitura prevista: Copia certificazione medico legale rilasciata dal dipartimento di prevenzione della ASL (vedi retro)

PER RICHIESTE DI RINNOVO PERMANENTE:

2 fototessera recenti

Certificazione rilasciata dal medico curante (attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio) ed **originale contrassegno scaduto**

PER RICHIESTE DI DUPLICATO: Denuncia di smarrimento/furto oppure contrassegno in originale, se deteriorato;

2 fototessera recenti

PER RICHIESTE DI RILASCIO/RINNOVO TEMPORANEO:

2 fototessera recenti

Copia certificazione medico legale rilasciata dal dipartimento di prevenzione (vedi retro);

1 marca da bollo da € 16,00;

Lainate, _____

FIRMA _____

N.B.: IL CONTRASSEGNO DOVRA' ESSERE FIRMATO DAL DISABILE ALL'ATTO DEL RITIRO. OCCORRE PERTANTO LA SUA PRESENZA.

- **MINORE INVALIDO** con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (L 508/88)
- **MINORE INVALIDO** con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (L 508/88)
- **INVALIDO** ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (L 508/88)
- **INVALIDO** con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (L 508/88)
- **INVALIDO** con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (L18/80)
- **INVALIDO** con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani (L18/80)
- **CIECO ASSOLUTO** (L382/70 e 508/88)
- **CIECO CON RESIDUO VISIVO** non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuali correzioni (L382/70 e 508/88)

Costituiscono ulteriore motivo per il rilascio le seguenti diciture (possibilmente presenti anche sul verbale ex L104/92):

- Trattasi di persona affetta da condizione patologica che determina capacità di ambulare sensibilmente ridotta (art 381 dpr 495/92)
- E'invalido con capacità di deambulare sensibilmente ridotta (art 381 dpr 495/92)

Dipartimento di prevenzione ASL telefonare per appuntamento 02/994304380 dalle ore 10,00 alle 12,30
prevenzionerho@ats-milano.it

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il titolare del trattamento dei dati è il **Comune di Lainate** con sede in Largo Vittorio Veneto 12: Telefono: **02935981** Indirizzo PEC: comune.lainate@pec.regione.lombardia.it Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy@comune.lainate.mi.it. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati raccolti: -sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;-potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;-sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;-possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi. Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento. Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare di accesso ai dati, rettifica o limitazione, aggiornamento e cancellazione, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati. Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE 2016/679.