



Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia di \_\_\_\_\_  
Ufficio competente \_\_\_\_\_  
Email/PEC: \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI  
VIECOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON DISABILITÀ**

**(Art. 381 del DPR 495/1992 Regolamento di esecuzione e attuazione del Nuovo Codice della Strada e  
ss.mm.ii )**

**Avente diritto**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a  
a ..... il ..... residente  
in questo Comune, via ..... n. ....  
 ..... Codice Fiscale .....  
email/pec.....

**Persona delegata/tutore/curatore/amministratore di sostegno**

Sig.ra/Sig..... nato/a a  
..... il ..... residente in  
questo Comune, via ..... n. ....  
 ..... Codice Fiscale .....  
email/pec.....

**C H I E D E**

**(barrare la casella corrispondente alla propria richiesta)**

**Rilascio** di nuovo contrassegno

**Rinnovo del contrassegno** n. \_\_\_\_\_ valido sino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Indicare la tipologia di contrassegno richiesto):

**Permanente (... anni)**

**Temporaneo** fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## COMUNICAZIONE TARGHE

Ai fini dell'inserimento nella lista degli autorizzati al passaggio dai varchi controllati da telecamere installati nella città comunico che le targhe permanenti dei veicoli da autorizzare

### DICHIARA

di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni o certificazioni.

Il/La sottoscritto/a elegge quale domicilio per ogni comunicazione relativa al procedimento:

- L'indirizzo di residenza sopra indicato
- Il seguente indirizzo PEC: \_\_\_\_\_
- Il seguente indirizzo email: \_\_\_\_\_
- Il seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679:

Il Titolare del Trattamento è l'Ente destinatario della presente istanza. I dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati dal Comune esclusivamente per le finalità connesse all'istruttoria e alla gestione della pratica amministrativa. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della valutazione della richiesta. L'interessato ha diritto di accesso ai propri dati personali, alla rettifica, alla cancellazione degli stessi, alla limitazione del trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. Per l'esercizio dei propri diritti, l'interessato può contattare il Titolare o il DPO utilizzando i recapiti presenti sul sito istituzionale dell'Ente.

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL  
RICHIEDENTE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTR  
ATORE DI SOSTEGNO**

.....

A tale scopo allega:

- Certificato Asl, servizio di Igiene Pubblica attestante l'invalidità permanente o temporanea.
- Verbale di accertamento dell'invalidità civile rilasciato dal centro medico legale dell'INPS;
- Due Fotografie recenti formato tessera del titolare del contrassegno.
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente.
- Contrassegno in scadenza
- Certificazione medica aggiornata (in caso di rinnovo);
- In caso di delega documento di identità del delegato e modulo di delega.
- In caso di inabilità alla firma occorre presentare la documentazione che attesti la nomina di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno del richiedente da parte del Tribunale o di un notaio.
- Modulo di rilascio o rinnovo compilato.

**Spazio riservato all'Ufficio**

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_