

OGGETTO: RICHIESTA "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"

ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in C A P O N A G O - Via _____ n. _____

recapito telefonico _____ a causa delle proprie capacità di deambulazione sensibilmente ridotte

C H I E D E

il **RILASCIO**

il **RINNOVO**

il **DUPLICATO**

del "Contrassegno di parcheggio per disabili" previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495

e, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di essere a conoscenza che il predetto contrassegno è strettamente personale e che pertanto:

- è utilizzabile esclusivamente dall'intestatario;
- va esposto all'interno della parte anteriore del veicolo al momento di utilizzo dello stesso esclusivamente per il trasporto del disabile.

A tal fine allega:

Per il rilascio

- Certificato medico-legale rilasciato dall'Ufficio di Igiene Pubblica dell' **ASST Vimercate** (per informazioni e prenotazione telefonica **039/6654901** da lunedì a venerdì 14.00 – 16.00);
- Copia del Verbale della Commissione di riconoscimento dell'invalidità civile attestante:
 - un'invalidità permanente del 100% e con l'impossibilità permanente di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (**codice di invalidità 05**)
 - un'invalidità permanente del 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (**codice di invalidità 06**)
 - per gli ultrassessantacinquenni, un'invalidità permanente con l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o con la necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (**codice di invalidità 05-06-12**)
 - la condizione di non vedente (**codice di invalidità 09**);
 - la condizione di "Persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, DPR 495/1992.)"
- Copia del Verbale della Commissione per l'accertamento dell'Handicap (Legge n. 104/1992) attestante la condizione di "Persona con effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381, DPR 495/1992.)"

Per il rinnovo dei contrassegni illimitati, alla scadenza dei 5 anni:

- Contrassegno posseduto e dichiarazione rilasciata dal medico di base attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

Per il duplicato (Smarrimento o deterioramento):

- Denuncia di smarrimento ai Carabinieri recante il numero del contrassegno e la scadenza;
- Originale deteriorato.

Caponago _____

Firma del richiedente

Si allegano:

- n. 1 foto tessera
- fotocopia carta d' identità

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

- Firma apposta avanti al funzionario _____
- Allegata C.I. n. _____ del _____

I dati personali da Lei comunicati con il presente modulo verranno trattati dal Comune di Caponago nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679 e del d. lgs. n. 196 del 2003, come successivamente modificato, nonché secondo le modalità, finalità e limiti indicati nel documento informativo pubblicato in forma estesa sul sito web istituzionale dell'Ente (www.comune.caponago.mb.it) e disponibile presso lo sportello, oppure affisso allo sportello stesso in forma semplificata.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali, rese ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento, e autorizza il trattamento di categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 del Regolamento.

Luogo e data

Firma
