

TIMBRO ARRIVO

UNIONE DEI COMUNI DEL MIRANESE

Martellago, Mirano, Noale, Salzano, Spinea
Città Metropolitana di Venezia

**RICHIESTA RILASCIO O RINNOVO
CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO
PER DISABILI**

ai sensi dell'art. 381 Regolamento di Esecuzione del C.d.S.
(D.P.R. n. 495 del 16/12/92), relativo all'invalidità

TIMBRO
PROTOCOLLO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

C.F. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____;

in qualità di ☐ intestatario - ☐ curatore/ tutore (Art. 5 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

del/la Sig./a _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____;

CHIEDE

☐ **IL RILASCIO del contrassegno disabili PERMANENTE (validità 5 anni)**

- **allega** il Certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico Legale dell'U.L.S.S. di appartenenza o verbale INPS dal quale risulta: "invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – art. 381 DPR 495/1992" o lo stato di non vedente (DPR 503/1996, art. 12 comma 3), si chiede di fornire la copia del verbale INPS priva dell'anamnesi medica del paziente;
- **allega** n. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità in corso di validità.

☐ **IL RINNOVO del contrassegno disabili PERMANENTE n. _____ del _____ scadenza _____**

- **allega** Certificato del proprio medico curante;
- **allega** N. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità in corso di validità;
- **allega** Contrassegno scaduto (alla consegna del nuovo contrassegno).

☐ **IL RILASCIO del contrassegno disabili TEMPORANEO (la scadenza è indicata nel certificato)**

- **allega** il Certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico Legale dell'U.L.S.S. di appartenenza o verbale INPS dal quale risulta: "invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – art. 381 DPR 495/1992", si chiede di fornire la copia del verbale INPS priva dell'anamnesi medica del paziente;
- **allega** n. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità in corso di validità;
- **allega** n. 2 marche da bollo da € 16,00 ciascuna.

☐ **IL RINNOVO del contrassegno disabili TEMPORANEO n. _____ del _____ scadenza _____**

- **allega** il Certificato Medico rilasciato dall'Ufficio Medico Legale dell'U.L.S.S. di appartenenza o verbale INPS dal quale risulta: "invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta – art. 381 DPR 495/1992", si chiede di fornire la copia del verbale INPS priva dell'anamnesi medica del paziente;
- **allega** n. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità in corso di validità;
- **allega** n. 2 marche da bollo da € 16,00 ciascuna.

☐ **IL DUPLICATO del contrassegno disabili n. _____ del _____ scadenza _____**

- ☐ per smarrimento ☐ per furto ☐ per deterioramento

- **allega** denuncia autorità giudiziaria;
- **allega** n. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità.

☐ **LA SOSTITUZIONE del contrassegno disabili n. _____ del _____ scadenza _____**

- rilasciato dal Comune di _____ con il contrassegno "europeo" (dal D.P.R. N. 151 del 30/07/2012)
- **allega** n. 2 fototessere recenti e fotocopia della carta d'Identità in corso di validità;
 - **allega** Contrassegno scaduto (alla consegna del nuovo contrassegno).

☐ **RESTITUISCE il contrassegno disabili n. _____ del Comune di _____**
appartenente a persona ☐ deceduta ☐ trasferito ad altro Comune.

Al fine del transito all'interno del circuito Zetatielle Network Regione Veneto dichiara di usare i seguenti veicoli:

- di cui si allega copia integrale, fronte e retro, della carta di circolazione
- l'interessato è tenuto a verificare l'elenco dei Comuni aderenti nel sito <https://zetatiellenetwork.agendadigitaleveneto.it>

Targa _____ Marca e Modello _____

Targa _____ Marca e Modello _____

MARCA DA BOLLO
da € 16,00
(solo per richiesta
contrassegno temporaneo)

DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza:

- che l'uso dell'autorizzazione è personale ovvero non cedibile a terzi che non siano a servizio dell'intestatario, ai sensi dell'art.188 C.d.S.;
- che non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.);
- delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (FALSITA' MATERIALE E/O IDEOLOGICA COMMESSA DAL PRIVATO IN ATTO PUBBLICO – ART. 482 E 483 CODICE PENALE – SALVO CHE IL FATTO NON COSTITUISCA PIU' GRAVE REATO);
- che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA altresì:

- di avere preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento CE 27 Aprile 2016 n. 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta all'indirizzo www.unionemiranese.ve.it. In particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle normative legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data _____ FIRMA _____

DELEGA

Il/La Sig./a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ C.
d'Identità n. _____ del _____ rilasciata da _____
(allegare fotocopia documento) al ritiro dell'autorizzazione e contrassegno disabili del quale sono l'avente diritto.

Luogo e data _____ Firma _____