

AL SINDACO COMUNE DI ZERMEGHEDO (VI)

DOMANDA CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI (art. 188 C.d.S. – art. 381 Regolamento di esecuzione C.d.S.)

Marca da bollo € 16,00
(solo per permesso
temporaneo)

RICHIESTA DELL'AVENTE DIRITTO

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI		
Cognome e Nome (*):		
Nata/o a (*):	Prov.:	il giorno (*): / /
Codice Fiscale(*):		
Residente a(*):	via(*)	n°
Telefono (*):		
indirizzo mail: @		

(*): campi obbligatori

DICHIARO di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO

<input type="checkbox"/>	Rilascio nuovo permesso
<input type="checkbox"/>	Rinnovo permesso n°
<input type="checkbox"/>	Duplicato permesso n°

CHIEDO che il veicolo

Tipo:	Targa:
-------	--------

Sia autorizzato all'accesso nelle ZTL dei comuni della regione Veneto aderenti alla rete ZTL network Veneto (consultazione elenco comuni al seguente link https://www.regione.veneto.it/web/informatica-e-e-government/ztl_vivipass) di cui **allego copia della carta di circolazione**.

INFORMATIVA PRIVACY

La informiamo che i dati personali in possesso del Comando di Polizia Locale sono stati attinti dagli archivi nazionali o direttamente presso l'interessato ai sensi degli art.12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016. Il trattamento dei dati avviene per finalità connesse al rilascio del contrassegno invalidi. Informativa reperibile all'indirizzo:
https://www.comune.arzignano.vi.it/comune/uffici/Corpo-Polizia-Municipale/content/04/text_files/file/document/informativa%20privacy.pdf

Esprimo il consenso al trattamento dei dati

Non esprimo il consenso al trattamento dei dati

ALLEGRO la documentazione necessaria ai fini del rilascio.

Data: ____/____/____

firma leggibile _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica fronte e retro della carta d'identità.

RICHIESTA DEL TUTORE

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI		
Cognome e Nome(*) :		
Nata/o a (*) :	Prov.:	il giorno(*) : / /
Residente a (*):	via(*)	n°
Telefono (*):		
indirizzo mail: @		

DICHIARO di essere il tutore a norma ti legge (specificare tutore, coniuge, figlio, genitore _____)

DATI ANAGRAFICI		
Cognome e Nome (*):		
Nata/o a(*) :	Prov.:	il giorno (*): / /
Codice Fiscale(*):		
Residente a(*):	via(*)	n°
Telefono(*):		
indirizzo mail: @		

(*) : campi obbligatori

Il/la quale ha ridotte capacità deambulatorie, e per suo nome **CHIEDO**

	Rilascio nuovo permesso
	Rinnovo permesso n°
	Duplicato permesso n°

CHIEDO che il veicolo

Tipo:	Targa:
-------	--------

Sia autorizzato all'accesso nelle ZTL dei comuni della regione Veneto aderenti alla rete ZTL network Veneto (consultazione elenco comuni al seguente link https://www.regione.veneto.it/web/informatica-e-e-government/ztl_vivipass) di cui **allego copia della carta di circolazione**.

INFORMATIVA PRIVACY

La informiamo che i dati personali in possesso del Comando di Polizia Locale sono stati attinti dagli archivi nazionali o direttamente presso l'interessato ai sensi degli art.12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016. Il trattamento dei dati avviene per finalità connesse al rilascio del contrassegno invalidi. Informativa reperibile all'indirizzo:

https://www.comune.arzignano.vi.it/comune/uffici/Corpo-Polizia-Municipale/content/04/text_files/file/document/informativa%20privacy.pdf

Esprimo il consenso al trattamento dei dati

Non esprimo il consenso al trattamento dei dati

ALLEGRO la documentazione necessaria ai fini del rilascio.

Data: ____/____/____

firma leggibile _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica fronte e retro della carta d'identità.

Documenti da allegare in caso di:

- Il **nuovo rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con **validità definitiva di anni 5** in base all'art. 188 CdS ed art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione e di Attuazione:
 - certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale, dell'azienda sanitaria di appartenenza, che riporti esplicitamente l'esistenza dei requisiti sanitari (previsti dall'art. 381 D.P.R. 495/1992) necessari per il rilascio del contrassegno per disabili;
 - fotocopia documento d'identità del titolare della richiesta e dell'eventuale tutore;
 - n°1 foto del titolare, in formato fototessera.

- Il **rinnovo** del contrassegno, con **validità definitiva di anni 5** per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide in base all'art. 188 CDS ed all'art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione e di Attuazione:
 - il certificato del medico curante che "confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio";
 - fotocopia documento d'identità del titolare della richiesta e dell'eventuale tutore;
 - n°1 foto del titolare, in formato fototessera.

In ogni caso, all'atto del ritiro di un nuovo contrassegno, quello scaduto deve essere obbligatoriamente riconsegnato all'Ufficio.

- Il **nuovo rilascio** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con **validità temporanea inferiore a 5 anni** per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide in base all'art. 188 CdS ed all'art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione e di Attuazione:
 - certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale, dell'azienda sanitaria di appartenenza, che riporti esplicitamente l'esistenza dei requisiti sanitari (previsti dall'art. 381 D.P.R. 495/1992) necessari per il rilascio del contrassegno per disabili;
 - fotocopia documento d'identità del titolare della richiesta e dell'eventuale tutore;
 - n°1 foto del titolare, in formato foto tessera.
 - n°2 marche da bollo da € 16,00 (una da apporre alla presente richiesta e una da apporre all'autorizzazione di parcheggio per disabili)

- Il **rinnovo** del contrassegno con validità **temporanea inferiore a 5 anni** per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide in base all'art. 188 CdS ed all'art. 381 del relativo Regolamento di Esecuzione:
 - certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale, dell'azienda sanitaria di appartenenza, che riporti esplicitamente l'esistenza dei requisiti sanitari (previsti dall'art. 381 D.P.R. 495/1992) necessari per il rilascio del contrassegno per disabili,
 - fotocopia documento d'identità del titolare della richiesta e dell'eventuale tutore;
 - n°1 foto del titolare, in formato foto tessera
 - n°2 marche da bollo da € 16,00 (una da apporre alla presente richiesta e una da apporre all'autorizzazione di parcheggio per disabili)

In ogni caso, all'atto del ritiro di un nuovo contrassegno quello scaduto deve essere riconsegnato obbligatoriamente all'Ufficio.

- Il **duplicato** del contrassegno:
 - denuncia di smarrimento e/o furto del contrassegno presentata presso un organo di polizia
 - una foto del titolare in formato foto tessera;

Il/La sottoscritto/a

DATI ANAGRAFICI		
Cognome e Nome:		
Nata/o a:	Prov.:	il giorno: / /
Codice Fiscale:		
Residente a:	via	n°
Documento d'identità n°	rilasciato da	il / /

DELEGA

DATI ANAGRAFICI		
Cognome e Nome:		
Nata/o a:	Prov.:	il giorno: / /
Codice Fiscale:		
Residente a:	via	n°
Documento d'identità n°	rilasciato da	il / /

al ritiro del contrassegno di parcheggio per disabili.

Luogo e Data _____

Firma Delegante _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante.

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'