	AL SINDACO **DEL COMUNE DI SAVIGNANO SUL RUBICONE** **P.zza Borghesi n. 9** **47039 Savignano sul R. (FC)**

"CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI" DI CUI ALL'ART. 381 DEL D.P.R. 16/12/1992, N. 495

Il sottoscritto

_____
(cognome e nome)

nato a_____il _____
(Stato e Città di nascita)

residente a SAVIGNANO SUL RUBICONE (FC) in Via _____

codice fiscale n. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. N _____

---

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00 e successive modificazioni, le sanzioni previste dal codice penale delle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative connesse alla procedura,

DICHIARA

di possedere i requisiti prescritti dalla normativa vigente per usufruire delle agevolazioni per la circolazione e la sosta dei veicoli mediante il "Contrassegno di parcheggio per disabili" di cui all'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 e, pertanto

FA ISTANZA

☐ **per il RILASCIO del "Contrassegno di parcheggio per disabili" di cui all'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 di tipo** (barrare la casella che interessa):

☐ **A) CONTRASSEGNO DI DURATA QUINQUENNALE**
allegando la seguente documentazione:
- n. 1 fototessera a colori
- fotocopia di un documento di riconoscimento
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'ASL di appartenenza, attestante la propria condizione di salute sottesa al rilascio del Contrassegno richiesto. (In caso di invalidità ai sensi della Legge 102/09 o di handicap ai sensi della Legge 104/92, è sufficiente il verbale della Commissione Medica rispettivamente dell'INPS o dell'ASL nel quale risulti che il richiedente ha "capacità deambulatorie/motorie sensibilmente ridotte" ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 495/92)

☐ **B) CONTRASSEGNO DI DURATA TEMPORANEA**
allegando la seguente documentazione:
- n. 1 fototessera a colori
- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'ASL di appartenenza, attestante la propria condizione di salute sottesa al rilascio del Contrassegno richiesto o verbale della Commissione medica in caso di invalidità ai sensi della Legge 104/92
- n. 2 marche da bollo amministrative

	AL SINDACO **DEL COMUNE DI SAVIGNANO SUL RUBICONE** **P.zza Borghesi n. 9** **47039 Savignano sul R. (FC)**

☐ **per il RINNOVO del "Contrassegno di parcheggio per disabili" di cui all'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 di tipo** (barrare la casella che interessa):

☐ **A) CONTRASSEGNO DI DURATA QUINQUENNALE con scadenza il _____**
allegando la seguente documentazione:

- certificazione del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del Contrassegno di cui si chiede il rinnovo
- n. 1 fototessera a colori

Al momento del ritiro del nuovo Contrassegno, dovrà essere obbligatoriamente restituito il contrassegno scaduto.

☐ **B) CONTRASSEGNO DI DURATA TEMPORANEA con scadenza il _____**
allegando la seguente documentazione:

- n. 1 fototessera a colori
- certificazione rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASL di appartenenza che attesti che le condizioni del richiedente danno diritto al rinnovo
- n. 2 marche da bollo amministrative

Al momento del ritiro del nuovo Contrassegno, dovrà essere obbligatoriamente restituito il contrassegno scaduto.

☐ **per il DUPLICATO del "Contrassegno di parcheggio per disabili" di cui all'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495 per la seguente motivazione** (barrare la casella che interessa)**:**

☐ **il Contrassegno è deteriorato e/o rovinato in maniera tale da essere divenuto illeggibile** e, pertanto, si allega la seguente documentazione:
- n. 1 fototessera
- n. 2 marche da bollo amministrative (solo se il Contrassegno di cui si chiede il duplicato ha durata temporanea – non quinquennale -)

Al momento del ritiro del duplicato, dovrà essere obbligatoriamente restituito il vecchio Contrassegno .

☐ **il Contrassegno è stato rubato e/o smarrito** e, pertanto, si allega la seguente documentazione:

- n. 1 fototessera
- denuncia di furto / smarrimento presentata alle Autorità competenti (Polizia Municipale, Carabinieri, Polizia di Stato)
- n. 2 marche da bollo amministrative (solo se il Contrassegno di cui si chiede il duplicato ha durata temporanea – non quinquennale -)

Il Contrassegno duplicato avrà lo stesso numero, la stessa data di rilascio e la stessa validità di quello originario.

Data, FIRMA (*)

_____

(*) Allegare una copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore

	AL SINDACO **DEL COMUNE DI SAVIGNANO SUL RUBICONE** **P.zza Borghesi n. 9** **47039 Savignano sul R. (FC)**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati personali acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formeranno oggetto del trattamento per il procedimento in oggetto, nel rispetto del medesimo Regolamento e degli obblighi di riservatezza ivi previsti. In particolare, i dati saranno trattati ai soli fini istruttori dell'istanza da Lei presentata.

Il trattamento dei dati, obbligatorio ai fini del procedimento de quo, avverrà attraverso strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. I dati saranno trattati dai soggetti incaricati del trattamento all'interno dell'Amministrazione Comunale e potranno altresì essere comunicati a terzi estranei all'Amministrazione coinvolti e/o interessati nel procedimento in oggetto.

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici ed i dati saranno raccolti negli archivi cartacei ed informatici presso il Comune di Savignano sul Rubicone (FC) Settore AA.GG. Servizi Demografici e Statistici e Sviluppo Economico – Ufficio Segreteria e Ufficio URP. Il conferimento dei dati personali è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare il mancato rilascio dell'autorizzazione da parte del Comune di Savignano sul Rubicone, laddove l'acquisizione di tali dati sia necessaria ai fini dell'istruttoria della relativa pratica.

All'Interessato sono riconosciuti i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16 in materia di trattamento e di protezione dei dati personali ed, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al loro trattamento. Il titolare del trattamento è il Comune di Savignano sul Rubicone – Piazza Borghesi, 9 cap 47039 Savignano sul Rubicone (FC) -, mentre il Responsabile del Trattamento è la Dott.ssa Maria Grazia Baraghini.

Il sottoscritto _____ nato a _____, il _____

c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e residente a Savignano sul Rubicone (FC), in Via _____, dichiaro di aver ricevuto la presente informativa e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili.

Data _____ Firma

_____

	AL SINDACO **DEL COMUNE DI SAVIGNANO SUL RUBICONE** **P.zza Borghesi n. 9** **47039 Savignano sul R. (FC)**

FOGLIO DI DELEGA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e residente a Savignano sul Rubicone (FC), in Via _____,

DELEGA

il sig. / la sig.ra _____ nato/a a _____,

il _____ c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e residente a

_____, in Via _____, ai sensi dell'art. 4 del vigente Regolamento Comunale per il rilascio del “Contrassegno di parcheggio per disabili” di cui all'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992, n. 495, al ritiro del “Contrassegno di parcheggio per disabili” rilasciato dal Comune di Savignano sul Rubicone (FC) a nome del sig. / della sig.ra _____.

Data_____

Firma del delegante*

_____

Firma del delegato*

_____

(*) Allegare una copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore