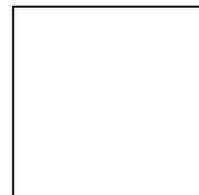




N. \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_



AL CORPO DI POLIZIA LOCALE Intercomunale  
di Vittorio Veneto, Tarzo e Revine Lago

**RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA  
DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE (ART. 381 DEL DPR 16/12/1992 N° 495)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Parte da compilare **soltanto** nel caso di modulo presentato per conto di altra persona  
**Obbligatorio in questo caso allegare fotocopia documento di identità del delegante e del delegato**

PER CONTO DI \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

**ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)

**TUTORE** (citare gli estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_

**INCARICATO**

**Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità**

**CHIEDO**

- **II**  **RILASCIO**  **RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone portatrici di **invalidità permanente** (art.381 del DPR 16.12.1992 n.495), ed a tal fine **ALLEGO:**

- a. Certificazione medica in originale <sup>1</sup>
- b. N° 2 fotografie in formato tessera;
- c. N° 2 marche da bollo da € 16.00 (solo in caso di contrassegno temporaneo);
- d. documento di identità dell'intestatario e dell'incaricato (se del caso).

<sup>1</sup> *Certificazione medica rilasciata dal Settore Medico Legale dell'Azienda USL riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata, in caso di **primo rilascio**; la relativa visita per il rilascio del certificato deve essere effettuata presso il Dipartimento di Prevenzione -UFFICIO IGIENE- previo prenotazione tramite CUP (centro unico di prenotazioni del Distretto di Pieve di Soligo- tel. 848.865.400 o accesso diretto (sportello prenotazioni).*

*In caso di **rinnovo** la certificazione medica viene rilasciata dal medico di base che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.*

La certificazione del Settore Medico Legale dell'Azienda USL **non occorre** per ciechi assoluti e "ventesimisti" per cui è sufficiente la presentazione del certificato di invalidità, così come per coloro che siano in possesso di certificazione di invalidità riportante la dicitura "capacità di deambulazione/motorie sensibilmente ridotte" ai sensi della Legge 104/92.

Indico di seguito il numero di targa del veicolo destinato al servizio dell'intestatario del contrassegno, ai sensi dell'art. 188 del Codice della strada:

tipo veicolo \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

Eventualmente secondo veicolo utilizzabile per il medesimo servizio nel caso di indisponibilità del precedente, previa attivazione del suo abbinamento con il codice unico

tipo veicolo \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

**RESTITUISCO CONTESTUALMENTE IL CONTRASSEGNO N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:**

- perché scaduto
- perché deteriorato

**NON RESTITUISCO IL CONTRASSEGNO SCADUTO** a causa di:

- smarrimento
- furto (allego copia della denuncia)
- distruzione

**Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n°196/2003**

- a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- b) Il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- c) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- d) Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza/dichiarazione;
- e) I dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario, ad altri Settori dell'Amministrazione Comunale e ad altri soggetti pubblici;
- f) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n°196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.);
- g) Il titolare del trattamento è il Comune di Vittorio Veneto, Piazza del Popolo 14 - 31029 Vittorio Veneto.

**La presente dichiarazione deve essere sottoscritta alla presenza dell'incaricato d'ufficio, oppure, se firmata anticipatamente, dovrà essere allegata all'istanza la fotocopia di un documento valido di identità del sottoscrittore (art.38 del D.P.R. 445/2000).**

**IMPORTANTE!**

La domanda compilata e sottoscritta dall'interessato, **MA PRESENTATA A SPORTELLO DA PERSONA INCARICATA CHE RITIRERÀ PER SUO CONTO IL CONTRASSEGNO DEVE ESSERE CORREDATA DI DELEGA SCRITTA E DI FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE.**

Analogamente, in caso di minori o di persone interdette, se la domanda viene presentata allo sportello da terzi, dovrà essere accompagnata **da delega scritta corredata di fotocopia del documento di identità dell'esercente patria potestà o del tutore.**

In tutti i casi i documenti dovranno essere in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma operatore sportello \_\_\_\_\_