

## **MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI**

La/il sottoscritta/o .....  
*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

Nata/o il ..... a ..... Prov. ....  
*data di nascita* *località di nascita*

Residente a Casella in ..... tel. abitazione .....  
*via/piazza numero civico CAP*

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

- |   |
|---|
| <input type="radio"/> <b>Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)</b> |
|---|

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Genovese attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identità

<b>Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità inferiore a 5 anni</b>
---

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Genovese attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identità
- Contrassegno scaduto

<b>Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità di 5 anni</b>
--

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**"
- Documento d'identità
- Contrassegno scaduto

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Casella Via al Municipio, 1. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Casella. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

- acconsento
- non acconsento

Casella, \_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)*

**IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)**

**PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:**

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)**
- documento d'identità del delegato.**

Casella, \_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*firma del delegato*