



POLIZIA LOCALE ARZERGRANDE (PD)

Via Roma n.104-106 35020 Arzergrande (PD)- tel. 049/5800030 interno 3 e-mail polizia.locale@comune.arzergrande.pd.it

RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO PARCHEGGIO PER DISABILI

MARCA DA BOLLO € 16,00
DA APPORRE SOLO IN
CASO DI VALIDITA'
INFERIORE AI 5 ANNI

**AL RESPONSABILE DELL'AREA POLIZIA LOCALE
AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
ARZERGRANDE (PD)**

OGGETTO:RICHIESTA AUTORIZZAZIONE IN DEROGA PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA, O SENSIBILMENTE RIDOTTA E DEL RELATIVO CONTRASSEGNO INVALIDI DENOMINATO "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ residente a ARZERGRANDE (PD) in via _____

n _____ codice fiscale _____ cittadino (nazionalità) _____

Tel/cell. _____ e-mail _____

la sezione sotto riportata, deve essere compilata con i DATI DELL'INTERESSATO soltanto se il firmatario della domanda è persona che agisce in nome e per conto dell'interessato

IN NOME E PER CONTO DI

_____ C.F. _____ nato a _____

_____ in data _____ residente a _____ in _____

Via/Piazza/Località _____ n. _____ tel/cell _____

e-mail _____ ;

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

- FAMIGLIARE CONVIVENTE** (obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità dell'interessato)
- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore)
- TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) _____
- INCARICATO** (è obbligatorio allegare delega scritta)

CHIEDE

ai sensi dell'art 381 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada
(D.P.R.495/1992)

IL RILASCIO PER ANNI _____ RINNOVO PER ANNI _____

DELL'AUTORIZZAZIONE IN DEROGA , PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DI PERSONE CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA, O SENSIBILMENTE RIDOTTA E DEL RELATIVO CONTRASSEGNO INVALIDI DENOMINATO: "CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI".

(Conforme al modello previsto dalla raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione Europea del 4 giugno 1998 di cui figura V.4. del D.P.R. 30 Luglio 2012, n. 151)

A TAL FINE , ALLEGA

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- Copia della carta d'identità o documento equipollente;
- Nr. 2 Marche da bollo da € 16,00 da apporre esclusivamente nella domanda e nell'autorizzazione temporanea;
- Nr. 2 fotografie formato tessera a colori su fondo bianco.

RICONSEGNA

Vecchio contrassegno invalidi n. _____ del _____

Autorizzazione n. _____ del _____

S'impegna a RICONSEGNARE all'ufficio in intestazione l'autorizzazione in deroga e il contrassegno in caso di decadenza o decesso dell'intestatario del contrassegno.

LUOGO e DATA

FIRMA

Informativa Privacy

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 art.13 "Codice in materia di protezione dei dati personali e degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679

La informiamo che i dati personali acquisiti sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali collegate all'oggetto della richiesta. Le operazioni di trattamento avvengono con modalità informatiche e cartacee nel rispetto delle misure di sicurezza di cui all'art. 32 del GDPR 2016/679, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, il rifiuto del conferimento dei dati comporta la non considerazione della domanda.

L'interessato potrà esercitare il ogni momento i diritti riconosciuti dagli articoli 15 e 22 del Regolamento (UE) 2016/679.

Titolare del trattamento: Comune di Arzergrande (PD), Via Roma n.104-106, cap 35020 tel. 049/5800030 interno 3 e-mail polizia.locale@comune.arzergrande.pd.it

L'Incaricato del Trattamento: è il Responsabile del Settore IV Polizia Locale Dott.ssa Michela Vettorato

Responsabile della Protezione dei Dati Personali è: D.P.O. : BOXXAPPS srl Viale della Stazione, 2 – 30020 Marcon (VE)
P.IVA:04155080270 tel.0413090915 email boxxapps@legalmail.it

Preso atto dell'informativa sopra riportata, il/la sottoscritto/a _____

consente al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità specificate nell'informativa di cui sopra, che fa parte integrante della presente dichiarazione.

Luogo e Data, _____

Firma _____