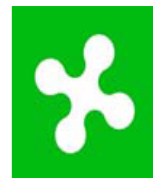




POLIZIA LOCALE
Servizio associato
UNIONE BASIANO MASATE
E COMUNE DI RONCELLO



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.45 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada")

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ in data _____

Residente a _____ in via _____

Tel. _____ Documento di identità _____

Indirizzo mail _____

RICHIEDE

(barrare obbligatoriamente la casella)

- **IL RILASCIO DI CONTRASSEGNO FINALIZZATO ALLA CIRCOLAZIONE ED ALLA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE** (Art.381 D.P.R. 495/92 e Art. 188 D.Lgs 285/92);
A TALE SCOPO SI ALLEGA: (Barrare **OBBLIGATORIAMENTE** la documentazione che si presenta "A" o "B")
- **"A": CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA** rilasciato dalla ATS (art. 381 D.P.R. 495/1992);
- **"B": VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP** ottenuto ai sensi della Legge n. 104/92 con indicati uno dei requisiti riportati nella seguente tabella: (Barrare **OBBLIGATORIAMENTE**, nella colonna di sinistra della tabella sottoindicata quale/i requisito/i è/sono riportato/i nel VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP)

<input type="checkbox"/>	INDICAZIONE/RICONOSCIMENTO DI CAPACITA' SENSIBILMENTE RIDOTTA CON RICHIAMO DELL'ART. 381 DEL D.P.R. 495/92
<input type="checkbox"/>	INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO CON RICHIAMO DELLA LEGGE 18/80
<input type="checkbox"/>	INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO CON RICHIAMO DELLA LEGGE 508/88
<input type="checkbox"/>	CECITA' – CONDIZIONE DI CIECO ASSOLUTO O CIECO PARZIALE CON RICHIAMO DELLA LEGGE 382/70

ALLEGARE ALTRESI' OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOCUMENTAZIONE:

- DOCUMENTO D'IDENTITA'.
- N. 02 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA.

INFORMAZIONI:

Qualora venisse presentato uno dei modelli cui alla lettera "B": VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP all'interno del modello deve essere verificato che **NECESSARIAMENTE** sia indicato almeno uno dei requisiti cui alla tabella sopra riportata. Non vi fosse indicato nessuno dei requisiti, cui alla tabella sopra riportata, **NON SI HA DIRITTO** al rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI ed è necessario munirsi presso l'ATS del modello "A" denominato CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA.



POLIZIA LOCALE
Servizio associato
UNIONE BASIANO MASATE
E COMUNE DI RONCELLO



RICHIEDE IL RINNOVO A SCADENZA

(Barrare e compilare la propria casistica di rinnovo "C" oppure "D")

"C": DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____
A TEMPO INDETERMINATO DAL COMUNE DI _____ SCADENZA _____

A TALE SCOPO SI ALLEGA (Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci):

- Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante che esplicitamente "Conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- n. 2 fotografie formato tessera;

"D": DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____
A TEMPO INDETERMINATO DAL COMUNE DI _____ SCADENZA _____

A TALE SCOPO SI ALLEGA (Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci):

- CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA oppure VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP ottenuto ai sensi della Legge 104/92 nel quale è indicato SPECIFICAMENTE "ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: SI". Solo in questo caso non è richiesto per il rinnovo alcun "Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante" cui al punto "C" precedente.
- Documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- n. 2 fotografie formato tessera;

ALTRE INFORMAZIONI – RINNOVO "C" o "D"? -

CASO "C": Il CONTRASSEGNO INVALIDI rilasciato a TEMPO INDETERMINATO ha sempre una scadenza ciclica di CINQUE ANNI. Alla scadenza del quinto anno è pertanto OBBLIGATORIO CHIEDERNE IL RINNOVO. Per il rinnovo è OBBLIGATORIO che alla presente richiesta sia allegato un "CERTIFICATO ORIGINALE RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE" ottenibile presentandosi dal proprio Medico di Base. In assenza del CERTIFICATO ORIGINALE RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE il CONTRASSEGNO INVALIDI NON POTRA' ESSERE RINNOVATO

CASO "D": All'atto del rinnovo al richiedente che sia in possesso di CERTIFICATO ORIGINALE DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA oppure di VERBALE DI INVALIDITA' o VERBALE DI HANDICAP, ottenuti ai sensi della Legge 104/92, nei quali è indicato SPECIFICAMENTE "ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: SI" per il rinnovo non è richiesto alcun "Certificato originale rilasciato dal proprio medico curante".

NOTA BENE

I CONTRASSEGNI RILASCIATI A TEMPO DETERMINATO NON SONO MAI RINNOVABILI.

E' NECESSARIO SEMPRE RIPRESENTARE LA PRATICA INTEGRALE ALLE CONDIZIONI DEL PRIMO RILASCIO COMPILANDO LA PAGINA 2



POLIZIA LOCALE
Servizio associato
UNIONE BASIANO MASATE
E COMUNE DI RONCELLO



RICHIESTE LA SOSTITUZIONE

DEL CONTRASSEGNO INVALIDI N. _____ RILASCIATO IN DATA _____ DAL
COMUNE DI _____ SCADENZA _____

IN QUANTO:

- SMARRITO RUBATO DETERIORATO/DISTRUTTO

A TALE SCOPO SI ALLEGA (Barrare OBBLIGATORIAMENTE tutte le voci):

- Denuncia di Smarrimento/Furto (Nel caso di Smarrimento/Furto)
 Documento d'identità;
 N. 02 fotografia formato tessera;
 Contrassegno deteriorato (Nel caso di deterioramento);

MINORI – CURATORI – TUTORI – DELEGHE

(Barrare e compilare OBBLIGATORIAMENTE la propria casistica)

NEL CASO IL CONTRASSEGNO VENGA RICHiesto PER MINORE LA RICHIESTA E' PRESENTATA DA (ALLEGARE DOCUMENTO D'IDENTITA'):

Cognome e Nome del genitore o chi ne esercita la patria potestà _____

Nata/o il _____ a _____

Residente a _____ via/piazza numero civico _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo mail _____

Telefono fisso _____

Telefono mobile _____

Nella sua qualità di _____

E' DA ME DELEGATO AL RITIRO DEL MIO CONTRASSEGNO INVALIDI.

FIRMA DELEGANTE

INFORMATIVA PRIVACY

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 Comando di Basiano per i residenti del comune di Basiano, il comune di Masate per i residenti del comune di Masate ed il comune di Roncello per i residenti del comune di Roncello.

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 dei Comuni di Basiano o Masate o Roncello o di altre società nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. 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.