

MOD. 5/P.M.

COMUNE DI TORREGROTTA (ME)
Comando della Polizia Municipale
Via Mezzasalma, 27 - 0909981018
All'Attenzione del COMANDANTE

Oggetto: Richiesta Rinnovo Contrassegno Invalidi Permanente ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. N. 495/92.

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nato/a il _____ a _____ (_____) _____
data di nascita localit  di nascita Pr.

Residente a **Torregrotta** in _____ tel. _____
via/piazza numero civico

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI IMPEDIMENTO DELL'INVALIDO

Il/La sottoscritto/a _____
cognome e nome in stampatello del tutore/curatore della persona invalida

Nat o/a il _____ a _____ (_____) _____
data di nascita localit  di nascita Pr.

Residente a _____ (_____) in _____ tel. _____
Pr. via/piazza numero civico

con la presente **dichiara** ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 di essere a conoscenza e consapevole:

- 1) Che l'uso dell'autorizzazione   personale ai sensi dell'art. 188 C.d.S.;
- 2) che non pu  essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- 3) che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, scadenza, ecc.);
- 4) che   fatto obbligo di comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta;
- 5) delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsit  negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;
- 6) che qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicit  del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000);

CHIEDE

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validit  di 5 anni

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”**;
- Copia documento di identit  in corso di validit 
- 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 Torregrotta. 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 Torregrotta 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.

Torregrotta, _____
Data firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

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

Torregrotta, _____
Data firma del delegato

RISERVATO ALL'UFFICIO DI POLIZIA MUNICIPALE

Rilasciato contrassegno invalidi n° _____ del _____ con validità fino al _____

Data e firma del ricevente _____