

**Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA / RINNOVO CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DI PERSONA INVALIDA**

La/il sottoscritta/o.....

Nata/o a .....Prov. (.....) il.....

Residente a ..... in Via.....n.....

**1) Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 DPR 495/92) e a tal fine dichiara di essere affetto/a da patologia che determina una capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;**

- Temporaneo**
- Permanente**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità.
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N.1 fotografie formato tessera
- Se temporaneo marca da bollo da € 16,00

**2) Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n° \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N.1 fotografie formato tessera
- Marca da bollo da € 16,00

**3) Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n° \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Certificato rilasciato dal medico curante che esplicitamente conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno invalidi
- N.1 fotografie formato tessera

....., li .....

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Tel /Cell.....

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 679/2016, che i dati personali e sensibili conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene resa. Il conferimento di tali dati personali e sensibili è obbligatorio al fine del rilascio del contrassegno, l'eventuale rifiuto espresso comporterà la chiusura del procedimento.