

MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO AUTO PER PERSONE CON GRAVI DISABILITA' NELLA DEAMBULAZIONE

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____
residente a Uta in via/piazza _____ n° ____
telefono _____ mail _____
Codice fiscale _____
Targa* _____ Modello _____

*L'inserimento della targa è facoltativo.

CHIEDE AL COMUNE DI UTA

☐ **Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta").** A tale scopo allega:

1. Documentazione originale (da portare in visione – viene restituita) rilasciata dall'Azienda Sanitaria:

- Certificato di accertamento dell'handicap – legge 104/92 con dicitura "presenta capacità di deambulazione sensibilmente ridotta";
oppure
- Certificato medico-legale rilasciato dall'ASL di deambulazione sensibilmente ridotta.
oppure
- Documentazione originale del verbale "regionale" dell'accertamento L. 104/92 rilasciato dall'INPS ai sensi dell'art.20 del D.L.78/2009 convertito nella L.102/2009 che dovrà quindi contenere la voce "non specifica" di "ridotte o impedito capacità motorie / Deambulazione" insieme all'Attestato ASL che evidenzia:

- *Capacità di deambulazione sensibilmente ridotta* ai sensi dell'art. 188 D.lgs 285/92 e art. 381 DPR 495/92 ai fini del rilascio contrassegno di circolazione e sosta;

- *Pluriamputazioni;*

2. Documento d'identità in corso di validità

3. **Una fotografia Formato Tessera**

ATTENZIONE: LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ CIVILE, ANCHE AL 100 %, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI.

☐ **Il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità inferiore a 5 anni (temporaneo).**
A tale scopo allega, oltre ai documenti al punto precedente, il contrassegno scaduto.

☐ **Il rinnovo del contrassegno n. _____ con validità di 5 anni (permanente).**
A tale scopo allega:

1. Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente **"conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**. Non è necessaria né rilevante l'indicazione della diagnosi

2. Documento d'identità in corso di validità

3. Contrassegno da rinnovare

3. **Una fotografia Formato Tessera**

4. Nel caso il contrassegno (permanente) da rinnovare non sia di 5 anni (dal mese e anno di rilascio al mese e anno di scadenza) allegare oltre al certificato del medico curante, copia legge 104/92 o Certificato medico-legale uso contrassegno.

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 UTA, piazza S'Olivariu sn. 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 Genova o di altre società nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. 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.

UTA, Firma del disabile (o tutore/curatore/amministratore di sostegno) _____

In qualità di curatore/tutore/amministratore di sostegno (allegare documento di identità e atto di nomina del tribunale o autocertificazione).

ATTENZIONE: in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità del delegato.

UTA, _____

Firma _____

PROGR. PRATICA N°	_____/201____	CLASSIFICATORE ARCHIVIO	H 7	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO ASS. CAPO DI P. L. IGINO ANGIONI
-------------------	---------------	----------------------------	------------	---