

MARCA DA BOLLO Da apporre sulla domanda solo per autorizzazioni temporanee (Legge 23 dicembre 2000, n. 388)	 Città di Milazzo (Provincia di Messina)
CORPO POLIZIA LOCALE	

- RINNOVO "Temporaneo"
 PRIMO RILASCIO "Temporaneo"

Spett. Comune di Milazzo
 Via F. Crispi
 98057 Milazzo (Messina)
protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO di autorizzazione "TEMPORANEO" del CUDE "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili". (art. 381 del D.P.R. del 16.12.1992 n. 495, modificato dall'art. 1 del D.P.R. del 30.07.2012 n. 151) - MODELLO EUROPEO

Io sottoscritto _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ n. ____
 telefono _____ C.F. _____

parte da compilare SOLTANTO nel caso di modulo presentato per conto di altra persona obbligatorio in questo caso allegare la delega e la fotocopia documento identità del delegante e del delegato

PER NOME E PER CONTO¹ DI _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ in via _____

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76² e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:

- ESERCENTE LA POTESTA' SU MINORE (in caso di minore)
- TUTORE³
- DELEGATO

¹ Produrre documenti comprovanti la tutela

² Si ricorda che ai sensi dell'articolo 71, e s.m.i., del citato D.P.R. 445/2000, le Amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'articolo 46.

³ Specificare e allegare la documentazione attestante la legittimazione alla richiesta per nome e per conto dell'interessato .

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76⁴ e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

di essere in possesso dei requisiti soggettivi per il rilascio del CUDE e di essere a conoscenza che l'uso del contrassegno è personale e che deve essere restituito dopo la scadenza o in caso di decesso.

CHIEDO

A) II RILASCIO TEMPORANEO del contrassegno di parcheggio per disabili, ed a tal fine **ALLEGO:**

- CERTIFICAZIONE MEDICA DI CAPACITA' DEAMBULATORIA SENSIBILMENTE RIDOTTA** rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale⁵, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.
- copia di documento valido di identità
- una marca da bollo da apporre sul contrassegno
- due **fotoformate formato tessera** uguali e recenti
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

oppure, in alternativa **ALLEGO**

- Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità** (art. 20, del D.L. n. 78/2009, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 102/2009) che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).
IL VERBALE è presentato in copia con Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa ai sensi dell'art.19 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, contenente , altresì che quanto attestato non è stato revocato , sospeso o modificato.
- copia di documento valido di identità
- una marca da bollo da apporre sul contrassegno
- due fotoformate formato tessera uguali e recenti.
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

B) II RINNOVO TEMPORANEO del "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili", ed a tal fine **ALLEGO:**

- CERTIFICAZIONE MEDICA DI CAPACITA' DEAMBULATORIA SENSIBILMENTE RIDOTTA** rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale⁵, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.(Art. 381 del DPR 495 /1992, modificato al comma 4 dall'Art. n. 1 del DPR 151/2012)
- copia di documento valido di identità
- una marca da bollo da apporre sul contrassegno
- due **fotoformate formato tessera** uguali e recenti
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

Data _____

Firma _____

Modello di : DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

lo sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

telefono _____ C.F. _____

Sotto la sua personale responsabilità e conscio delle sanzioni penali previste dall'art. 76 commi 1, 2, 3 del DPR N. 445 del 28.12.2000 in caso di false dichiarazioni

D I C H I A R A

ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000

- che la copia qui allegata, ossia il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità n. _____ del _____, è conforme alla certificazione originale da me detenuta e che quanto ivi attestato non è revocato, né sospeso o modificato alla data odierna.
- La Certificazione Medica di Capacità Deambulatoria Sensibilmente Ridotta che si allega, n. _____ del _____ è in copia conforme alla certificazione originale da me detenuta e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data odierna e non è stato revocato e né sospeso.
- La Copia del certificato del medico curante che si allega, è conforme alla certificazione originale da me detenuta del _____, dichiarativa della persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- Di essere alla data odierna degente in un Istituto.

Allega copia documento di identità
rilasciato dal comune di
n. _____ scadenza il _____

Milazzo, li _____

IL DICHIARANTE

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA
(abrogata ex art. 3 comma 10 legge 127/97)

Modello di restituzione Contrassegno

Spett. Comune di Milazzo
Via F. Crispi
98057 Milazzo (Messina)

protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it

OGGETTO: RESTITUZIONE "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili" / COMUNICAZIONE DI SMARRIMENTO E/ O FURTO "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili"

lo sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

telefono _____ C.F. _____

QUALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO _____

QUALE _____ DEL CONTRASSEGNO _____

RESTITUISCO/

NON RESTITUISCO

IN ALLEGATO

- il contrassegno in mio possesso:
- perché scaduto
 - perché deteriorato
 - perché necessito del nuovo contrassegno mod. europeo

- il contrassegno sopraindicato a causa di:
- Smarrimento (allego copia della denuncia)
 - furto (allego copia della denuncia)

A tal fine allego denuncia IN ORIGINALE presentata PRESSO _____ in data _____

II DICHIARANTE

l) intenzione di trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti

Gent.mo interessato, la informo che, qualora fosse nostra intenzione trattare ulteriormente i suoi dati per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento le verranno fornite tutte le informazioni pertinenti in merito a tale diversa finalità, chiedendo sempre la sua preventiva autorizzazione in concessione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/aa _____
il _____ identificato a mezzo del documento _____

Dati di contatto forniti dall'interessato per eventuali comunicazioni

Essendo stato informato di quanto indicato nelle lettere a) b) c) d) e) f) g) h) i) l) dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196 del 2003 edell'art. 13 del Regolamento (UE) 679 del 2016.

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

Al trattamento dei dati personali per le finalità di cui al punto c.1 ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti delle categorie di cui al punto d1, d2 e d3

Al trattamento dei dati personali per le finalità di informativa i cui al punto d.4

Letto confermato e sottoscritto

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'INTERESSATO
