

COMUNE DI LIMBIATE

RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____ a _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a Limbate in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92)

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria, attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.)
- Documento d'identit  (fotocopia)
- n. 2 fototessera recenti

PERMANENTE data scadenza: _____

PROVVISORIO data scadenza: _____

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

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.)
- Documento d'identit  (fotocopia)
- Contrassegno scaduto

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

A tale scopo allega:

- **Certificato originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno"**
- Documento d'identit  (fotocopia)
- Contrassegno scaduto
- n. 2 fototessera recenti

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   il Comune di Limbate, P.za 5 Giornate,N 3. 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 Limbate o di altre societ  nominate Responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

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

IN QUALIT  DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

PER IL RITIRO DEL CONTRASSEGNO DELEGO IL SIG. :

– **n. documento d'identit  del delegato**

– **firma del richiedente il contrassegno (invalido o tutore/curatore)**

– **firma del delegato al ritiro del contrassegno**

Limbate, Data _____