

MODULO DI 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 Castelnuovo di Garfagnana in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico

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 USL n°2-Lucca attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.)
- Documento d'identit 

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

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dalla Azienda USL n°2-Lucca attestante la ridotta capacit  di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.)
- Documento d'identit 
- Contrassegno scaduto

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"**
- Documento d'identit 
- 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   il Comune di Castelnuovo di Garfagnana, Via Vallisneri n°1/A 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 Castelnuovo di Garfagnana 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.

Castelnuovo di Garfagnana _____

_____ Data

_____ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

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

PER RITIRO DA PERSONA DELEGATA ALLEGARE ANCHE:

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

Castelnuovo di Garfagnana _____

_____ Data

_____ firma del delegato