



Al Sig. Sindaco  
del Comune di  
31030 Breda Piave

**Oggetto: Richiesta di autorizzazione con validità quinquennale e relativo contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (art. 381 del d.P.R. 495/1992).**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio dell'autorizzazione e del relativo contrassegno previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al d.P.R. 495/1992, a favore di :

sé medesimo  
 In qualità di  Esercente la patria potestà del minore  Tutore  Altro \_\_\_\_\_  
a nome e per conto<sup>1</sup> di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al d.P.R. 495/1992, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, 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, ovvero è non vedente (art. 12, c. 3 d.P.R. 503/96).

oppure, in alternativa

Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20, del d.l.78/2009, convertito in legge 102/2009, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al d.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 d.P.R. 503/96).

In caso di rinnovo, certificazione rilasciata dal medico curante comprovante il prosieguo della patologia.

N° 2 foto a colori formato tessera.

Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).

**Informativa sul trattamento dei dati personali (articolo 13 del d.lgs. 196/2003)**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003 si rende noto che i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti. Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica. Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per consentire la valutazione dell'istanza secondo i requisiti indicati dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno diffusi a terzi soggetti. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003. Con la firma della presente istanza e previa lettura di quanto in essa contenuto, Lei presta il consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

Breda di Piave, \_\_\_\_\_

Il Richiedente  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare copia del documento di identità o equipollente dell'interessato se diverso dal richiedente