

**RICHIESTA DI RILASCIO CONTRASSEGNO PORTATORI HANDICAP**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

*(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 USL attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),

Chiede il **RINNOVO** del contrassegno invalidi n.

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” oppure
- Certificato originale rilasciato dalla USL attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C D.S.),
- Contrassegno scaduto

Rassina li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

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 Castel Focognano p.za Mazzini 3.

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evazione 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.

acconsento      non acconsento

Rassina li \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

---

---

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

Tagliando n° \_\_\_\_\_

Rilasciato il \_\_\_\_\_