

## MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o

.....  
cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il ..... a ..... Prov.

.....  
data di nascita località di nascita

Residente a Seui in ..... tel. abitazione

.....  
via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

<input type="checkbox"/> 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 locale attestante la ridotta capacità di deambulazione (art. 381 D.P.R. 495/1992 – N.C.S.),
- Documento d'identità

<input type="checkbox"/> Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità inferiore a 5 anni
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A tale scopo allega:

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

<input type="checkbox"/> Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi n. _____ con validità 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'identità;
- 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 è il Comune di Seui Via della Sapienza 37;

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

Seui, \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_ firma del richiedente (invalido o tutore/curatore)

**IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' 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'identità del delegato.**

Seui, \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_ firma del delegato