

DOMANDA DUPLICATO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI

AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

Ufficio Traffico

Piazzale Resistenza 1 – 50018 SCANDICCI (FI)

Responsabile del Procedimento	Referenti per la pratica
Dott. G. Mastursi	Ag. F. Casamenti

<u>DATI RICHIEDENTE</u>	
Il/la sottoscritto/a: cognome:	nome
nato/a a:	il: / /
Residente a Scandicci in Via/P.zza:	n.c.
• Tel.	• Cell.
• E-mail	• PEC

<u>EVENTUALE DELEGATO</u>	
Il/la sottoscritto/a: cognome:	nome
nato/a a:	il: / /
Residente a Scandicci in Via/P.zza:	n.c.

CHIEDE

Il **DUPLICATO** del contrassegno N° _____ previsto dal D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 per la circolazione e la sosta nelle strade in cui sono in vigore provvedimenti limitativi.

A tal fine **DICHIARA:**

- di aver smarrito il contrassegno;
- che il contrassegno è stato oggetto di furto;
- che il contrassegno è deteriorato;

ALLEGATI:

●	<u>Copia denuncia smarrimento o furto presentata all'autorità giudiziaria</u> (no in caso di deterioramento)
●	<u>N. 2 Foto formato tessera;</u>
●	<u>Fotocopie documento del richiedente.</u>
●	<u>Fotocopie documento del delegato.</u>

Scandicci li: ____ / ____ / _____

Firma _____
(del disabile)

Firma _____
(del delegato)

Informativa ai sensi dell'art. 12 e s.m.i. Regolamento UE 679/2016.

I dati personali raccolti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali.

Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti tenuti alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati. Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE 679/2016, l'interessato potrà visitare il sito www.comune.scandicci.fi.it accedendo alla sezione privacy.

Il titolare del Trattamento è il Comune di Scandicci.

IMPORTANTE !!!

NB - IN CASO DI RITIRO DEL CONTRASSEGNO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE, QUESTA DOVRÀ PRESENTARSI, CON DELEGA SOTTOSCRITTA (come da modello allegato) E DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

IN CASO DI CONTRASSEGNO NON RITIRATO ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA ALL'UFFICIO PROTOCOLLO, LA PRATICA VERRÀ ARCHIVIATA E DOVRÀ ESSERE PRESENTATA NUOVA RICHIESTA PER L'OTTENIMENTO DEL CONTRASSEGNO.

IL CONTRASSEGNO NON VIENE SPEDITO A CASA, SE IL DUPLICATO È RICHiesto PER DETERIORAMENTO, IL RITIRO DEL NUOVO CONTRASSEGNO AVVERRÀ SOLO CON LA CONSEGNA DI QUELLO DETERIORATO.

COMANDO POLIZIA MUNICIPALE

Ufficio Traffico
Contrassegni invalidi

Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome:	
nato/a a:	il	/	/
Residente a Scandicci in Via/P.zza:			n.c.

Firma _____

<u>DELEGA</u>			
<u>AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI</u>			
Il/la sottoscritto/a: cognome:		nome:	
nato/a a:	il	/	/
Residente a in Via/P.zza:			n.c.
In qualità di:			

Firma _____

ALLEGATI:
● <u>Fotocopia documento identità del delegante</u>
● <u>Fotocopia documento identità del delegato</u>