

Marca da Bollo  
di € 16,00  
per i non permanenti

**DOMANDA RINNOVO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER  
DISABILI**

(DA PRESENTARE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA SCADENZA)

**AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE  
Ufficio Traffico – Contrassegni Invalidi  
Piazzale Resistenza 1 – 50018 Scandicci (FI)**

<b>Responsabile del procedimento</b> Dott. G. Mastursi	<b>Referente per la pratica</b> Ass. Sc. F. Casamenti
---	--

DATI DISABILE:

<b>Il/La Sig./Sig.ra</b> _____
<b>Nato/a a</b> _____ <b>il</b> _____
<b>residente a Scandicci in via/piazza:</b> _____
<b>telefono:</b> _____ <b>cellulare:</b> _____
<b>E-mail</b> _____ <b>PEC</b> _____
<b>essendo gravemente impedito/a alla deambulazione:</b>

**CHIEDE**

Il RINNOVO 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.

**Ed a tal fine DICHIARA**

1. di non essere titolare di analogo contrassegno rilasciato da un Comune diverso da quello di Scandicci;
2. di essere a conoscenza che il contrassegno dovrà essere riconsegnato a questo Comune in caso di trasferimento della propria residenza in altro Comune;
3. di essere a conoscenza che, in caso di uso scorretto del contrassegno, il medesimo sarà soggetto a ritiro da parte degli agenti accertatori ed a relativa sospensione;
4. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni (art.76 del TU, DPR 445/2000);

**ALLEGA**

- **Copia documento identità;**
- **N. 2 foto formato tessera;**
- **N.2 marche da bollo da €. 16,00 ciascuna, per i contrassegni non permanenti (una da apporre sulla presente richiesta ed una da apporre sul contrassegno);**
- **Certificazione medica rilasciata dalla ASL**

(per i contrassegni relativi a disabilità dichiarate nella precedente certificazione ASL **non permanenti**, cioè rilasciati per un tempo determinato, eventualmente anche per 5 anni, ma non permanentemente.)

- **Certificazione medica rilasciata dal medico curante**

(per i contrassegni relativi a disabilità dichiarate nella precedente certificazione ASL permanenti). **NOTA BENE:** in questo caso la certificazione del medico curante deve **confermare il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.**

Scandicci, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_  
(del disabile)

**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](http://www.comune.scandicci.fi.it) accedendo alla sezione privacy. Il titolare del Trattamento è il Comune di Scandicci

**ATTENZIONE !!!!**

**N.B.: IL RITIRO DEL CONTRASSEGNO DA EFFETTUARSI DA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE, SARA' POSSIBILE SOLO A PERSONA CHE SI PRESENTI CON DELEGA SCRITTA, COME DA MODELLO ALLEGATO, E CON COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' E DI QUELLO DEL DELEGANTE.**

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

IL CONTRASSEGNO **NON** VIENE SPEDITO A CASA E AL MOMENTO DEL RITIRO DEL CONTRASSEGNO RINNOVATO, DEVE ESSERE RICONSEGNAO QUELLO SCADUTO DI VALIDITA'.