

DOMANDA RINNOVO CONTRASSEGNO PER PARCHEGGIO PER DISABILI

Marca da bollo
€ 16,00

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

DATI RICHIEDENTE

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

EVENTUALE DELEGATO

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

Essendo gravemente impedito alla deambulazione:

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.

A tal fine **DICHIARA:**

in applicazione dell'Ord. del Sindaco del Comune di Scandicci n. 751 dell' 08/11/91:

- 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);
- 5 di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art.11, c. 3 del DPR 20/10/1998 n.403.

ALLEGATI:

- **N. 2 Foto formato tessera;**
- **Fotocopie documento del richiedente.**
- **Fotocopie documento del delegato.**
- **N. 2 marche da bollo da €. 16.00 ciascuna, solo se il contrassegno ha validità TEMPORANEA (non permanente), una da apporre sulla presente richiesta, una da apporre sul contrassegno.**

Certificazione medica da allegare:

Per i contrassegni relativi a disabilità dichiarate TEMPORANEE nella precedente certificazione ASL, cioè rilasciati per un tempo determinato, eventualmente anche per 5 anni, ma **NON PERMANENTE**.

- Certificazione medica specifica rilasciata dalla ASL.**
- Verbale rilasciato dalle commissioni mediche di invalidità, civile, disabilità, cecità, sordità ecc., che riporti esattamente la frase “invalido con ridotta o impedita capacità motoria”.**

Per i contrassegni relativi a disabilità dichiarate nella precedente certificazione PERMANENTI.

- Certificazione medica rilasciata dal medico curante.
NOTA BENE: in questo caso la certificazione del medico curante deve confermare il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.**

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

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 _____

DELEGA

AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

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

Firma _____

ALLEGATI:
● Fotocopia documento identità del delegante
● Fotocopia documento identità del delegato