

(barrare una delle seguenti tre caselle)

- ☐ per proprio conto
- ☐ in qualità di genitore del minorenne sotto riportato
- ☐ in qualità di curatore o tutore dotato di nomina del tribunale della persona inabile sotto riportata

cognome e nome
nato/a a il
..... residente in questo Comune, in via
..... n..... 

☐ non vedente;

☐ deambulazione impedita o sensibilmente ridotta in modo PERMANENTE;

☐ deambulazione impedita o sensibilmente ridotta a tempo DETERMINATO fino al

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D. Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- dell’art. 381 del «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151;

☐ il RILASCIO dell'autorizzazione e del corrispondente contrassegno previsto per la circolazione dei veicoli a servizio delle persone non vedenti o con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;

- ☐ il DUPLICATO del CUDE n. Del a causa di:

- ☐ smarrimento

DICHIARA

- di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci derivanti dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci,
- la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e dichiara la rispondenza all'originale dei documenti allegati e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi;

ALLEGA:

- ☐ nr. 2 foto recenti, formato tessera;
- ☐ copia documento d'identità in corso di validità;
- ☐ IN CASO DI PRIMA RICHIESTA DI RILASCIO: certificazione medica rilasciato dall'Ufficio Medico-Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza o dalla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico Legale dell'INPS, attestante espressamente l'attuale effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i. o lo stato di non vedente D.P.R. n. 503/1996;
- ☐ SOLO IN CASO DI RINNOVO: il certificato rilasciato dal proprio medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
- ☐ SOLO IN CASO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO TEMPORANEO o a tempo determinato: nr. 2 marche da bollo da euro 16,00;
- ☐ SOLO IN CASO DI QUALITA' DI GENITORE / LEGALE RAPPRESENTANTE / TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: copia documento d'identità in corso di validità del genitore in caso di minore oppure del legale rappresentante, tutore, amministratore di sostegno autorizzati con necessaria documentazione di nomina;
- ☐ SOLO IN CASO DI SMARRIMENTO o FURTO: la denuncia di smarrimento o di furto
- ☐ DETERIORAMENTO consegna del contrassegno deteriorato.

Ripatransone, lì

IL/LA RICHIEDENTE

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 del Reg. UE 2016/679)

In osservanza al Regolamento UE 679/2016 (nel seguito definito Regolamento) e al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., i dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti. Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica. I dati dichiarati sono utilizzati per l'istruttoria dell'istanza finalizzata all'emanazione del provvedimento finale che la riguardano e il relativo trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e strumenti elettronici in dotazione a questo ufficio. Il conferimento dei dati è facoltativo, l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di accedere al servizio. I dati forniti sono raccolti agli atti dal Comune di Ripatransone e accessibili dai soggetti autorizzati dallo stesso, inoltre possono essere comunicati ad altri soggetti autorizzati esclusivamente per finalità di interesse pubblico. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Ripatransone. Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del Reg. UE 2016/679.

Ripatransone, lì

IL/LA RICHIEDENTE

.....