Marca
da bollo
€ 16,00
(solo per Contrassegno Temporaneo)

AL SERVIZIO INTERCOMUNALE DI POLIZIA LOCALE
BELVEDERE OSTRENSE – MONSANO – SAN MARCELLO
PIAZZA DEI CADUTI N. 9
60030 MONSANO

RICHIESTA RINNOVO CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Art. 188 D.Lgs. n° 285 del 30/04/1992 "Nuovo Codice della Strada"
Art. 381 D.P.R. n° 495 del 06/12/1992 "Reg. di attuazione del nuovo C.d.S."

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ , residente a _____ via/piazza _____ recapito telefonico _____

C H I E D E

il **RINNOVO** del contrassegno a validità ❑ **Permanente (quinquennale)** ❑ **Temporaneo** come previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 n° 495,

❑ A favore di sé medesimo *ovvero*

❑ A favore di terzi in qualità di:

❑ Esercente la patria potestà del minore ❑ Tutore / Amm.re di sostegno

❑ Altro (specificare) [1] _____

_____

_____

dell'avente diritto (cognome/nome) [2] _____ nato/a a _____ il _____ , residente a _____ via/piazza _____

recapito telefonico _____

❑ **Rilascio Codice Univoco (CUDE)** utilizzabile per accedere alla Piattaforma Unica Nazionale, dove indicare la targa (massimo 2) da abilitare via Web-App o App-Mobile, utilizzabile come comunicazione di ingresso nelle aree a traffico limitato situate nei comuni diversi da quello di riferimento (facoltativo).

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci[3], dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16/12/1992 n° 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi:

❑ Certificazione medica rilasciata dal Medico curante ovvero dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente (art. 12 comma 3^ D.P.R. 503/1996);

oppure, in alternativa

[1] **È consentita la sottoscrizione della domanda a favore di terzi, oltre che per le due ipotesi elencate, anche e solo in caso di gravi impedimenti del beneficiario, previa adeguata motivazione da documentarsi su richiesta dell'Ufficio.**

[2] Allegare copia del documento di identità o equipollente dell'avente diritto al contrassegno se persona diversa dal richiedente.

[3] Ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R., le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 46.

❑ Verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20 D.L. 1° luglio 2009 n° 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 3/08/2009 n° 102, che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2^ dell'articolo 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16/12/1992 n° 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti - art. 12 comma 3^ D.P.R. 503/1996).

allega inoltre:

- ❑ Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio).
- ❑ Copia fotostatica non autenticata del documento di identità dell'avente diritto al contrassegno, se persona diversa dal richiedente (come da nota 2).
- ❑ 1 foto a colori formato tessera.
- ❑ 2 marche da bollo da € 16,00 (*solo per il rilascio del contrassegno temporaneo*)

Data: _____ _____

(Firma del richiedente)[•]

[•] La firma è apposta in mia presenza, previa identificazione del sottoscrittore a mezzo:

_____

Data: _____ Firma del funzionario incaricato: _____

Per ottenere la necessaria certificazione sanitaria

- ➔ **per il rilascio del contrassegno, occorre rivolgersi alla AST - Area vasta n. 2, Servizio Medicina Legale, via Guerri n° 9/11, Jesi (AN);**
- ➔ **per il rinnovo, alla scadenza del contrassegno, qualora le condizioni di difficoltà deambulatoria permangano, occorre rivolgersi:**
  - **al proprio Medico curante, nel caso in cui la validità del contrassegno in scadenza sia quinquennale (c.d. "autorizzazione permanente o quinquennale");**
  - **alla AST - Area vasta n. 2, Servizio Medicina Legale, Via Guerri n° 9/11, Jesi (AN) -, nel caso in cui la validità del contrassegno in scadenza sia inferiore a cinque anni (c.d. "autorizzazione temporanea").**

Avvertenze sull'utilizzo, rilascio ed il rinnovo del contrassegno

Alla scadenza del termine di autorizzazione temporanea o all'atto della richiesta di rinnovo della stessa quando rilasciata a tempo indeterminato, il soggetto interessato dovrà in ogni caso provvedere alla riconsegna del contrassegno autorizzativo all'Ufficio che lo ha rilasciato. In ogni caso, qualora l'utilizzo del contrassegno non fosse più necessario per qualsiasi ragione, lo stesso va restituito all'Ufficio scrivente a mano o a mezzo posta.

Il contrassegno è strettamente personale e non può essere ceduto a terzi; è vietato, inoltre, esporre alla pubblica fede fotoriproduzioni del permesso originale. Tale circostanza costituisce violazione penale.

In caso di furto o smarrimento, per ottenerne il duplicato, occorre esibire originale della denuncia presentata all'Autorità di Pubblica Sicurezza.

Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 GDPR 2016/679)

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 si forniscono le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali: **Titolare del trattamento**: Comune di Monsano, Piazza Matteotti, n.17 60030 - Monsano (AN), Telefono: 0731-61931, Mail: comune@comune.monsano.an.it, PEC comune.monsano@emarche.it **Responsabile della Protezione Dati (RPD):** Dati di contatto rpd@comune.monsano.an.it. **Finalità del trattamento**: I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per la gestione delle procedure di rilascio, rinnovo e aggiornamento del Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE), per le verifiche dei requisiti previsti dalla normativa vigente e per gli adempimenti amministrativi connessi. **Base giuridica**: Il trattamento è effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e per l'adempimento di obblighi di legge, ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. c) ed e), e 9, par. 2, lett. g), del GDPR, nonché della normativa vigente in materia di contrassegno disabili, con particolare riferimento all'art. 188 del D.Lgs. 285/1992 e all'art. 381 del D.P.R. 495/1992. **Destinatari dei dati personali**: I dati saranno comunicati al personale autorizzato, ai soggetti previsti dalla legge e ai responsabili del trattamento nominati dal Titolare. **Trasferimento dei dati personali a un Paese terzo o a un'organizzazione internazionale**: I dati personali non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea. Periodo/criteri di conservazione: I dati saranno cancellati secondo i termini e le modalità previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione. Diritti dell'Interessato: L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-18 e 21 del GDPR inviando una e-mail all'indirizzo PEC.: comune.monsano@emarche.it. **Obbligatorietà della fornitura dei dati personali e le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati**: La fornitura dei dati personali è obbligatoria per l'istruttoria della pratica; la conseguenza del mancato conferimento dei dati stessi comporta l'impossibilità di procedere. **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione:** Non sono adottati processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, ai sensi dell'art. 22 GDPR.