



POLIZIA MUNICIPALE

Permesso invalidi

N° _____
(riservato ufficio)

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
52044 CORTONA

La/il sottoscritta/o _____
cognome e nome in stampatello del richiedente o della persona invalida

Nata/o il _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a Cortona in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico CAP

IN QUALIT  DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE) di:

cognome e nome in stampatello della persona invalida

Nata/o il _____
data di nascita localit  di nascita

Residente a Cortona in _____ tel. abitazione _____
via/piazza numero civico CAP

Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta:

Chiede il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92: cittadini con "capacit  di deambulazione sensibilmente ridotta")

A tale scopo allega:

1. Certificazione del Servizio di Medicina Legale della A.S.L.8 (rilasciata in data non anteriore a mesi 6) oppure *copia del verbale della Commissione Medica Integrata di cui all'art.20 della legge 102/2009, che attesti la sussistenza, in modo permanente, delle limitate capacit  motorie, corredata da autocertificazione sulla conformit  all'originale e che il contenuto in esso attestato non   stato revocato, sospeso o modificato*
2. Copia documento d'identit  in corso di validit 
3. N.1 fotografia formato tessera

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  inferiore a 5 anni

1. Certificazione del Servizio di Medicina Legale della A.S.L.8 (rilasciata in data non anteriore a mesi 6)
2. Copia documento d'identit  in corso di validit 
3. N.1 fotografia formato tessera
4. Contrassegno scaduto

Chiede il rinnovo del contrassegno n. _____ con validit  di 5 anni

A tale scopo allega:

Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**". Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi

1. Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "**conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno**". Non   necessaria n  rilevante l'indicazione della diagnosi
2. Copia documento d'identit  in corso di validit 
3. N.1 fotografia formato tessera
4. Contrassegno scaduto

Cortona, _____
data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento   il Comune di Cortona, Via Roma, 3. I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Cortona o di altre societ  nominate responsabili per il rilascio dell'autorizzazione. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata d  il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalit  indicate.

acconsento } (barrare casella)
non acconsento

Cortona, _____
data firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

ALL'ATTO DEL RITIRO:

Cortona, _____
data firma

in caso di ritiro da persona delegata allegare delega firmata dal richiedente (oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identit  del delegato

