

AL SINDACO DEL COMUNE DI GUARDISTALLO
SEDE

**MODULO DI RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO INVALIDI
TEMPORANEO**

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov.(_____) il _____ Residente in _____

Prov. .(_____) Indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. fisso _____; Cell. _____

E-mail _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nei casi di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000

CHIEDE

Di ottenere il rilascio del contrassegno definitivo (scadenza quinquennale) di parcheggio per disabili di cui alla fig. V4 dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/92 (così come modificato dal D.P.R. n. 151 del 30/07/2012), specificando che trattasi di rilascio a tempo determinato.

ALLEGATI:

1. Copia certificato originale del medico legale ASL o verbale della C.M.L. per l'invalidità civile con riferimento alle leggi 18/80 e 508/88, oppure che indichi i requisiti di cui art. 4 D.L. n. 5/2012 - deambulazione sensibilmente ridotta - art. 381 D.P.R. 495/1992
2. Copia di un documento di identità e codice fiscale
3. Nr. 2 fototessere (le foto devono essere uguali e non antecedenti i sei mesi).
4. Nr. 1 marca da bollo € 16,00 (art. 13 bis tabella B_D.P.R. 642/72 così modificata dall'Art. 33 c. 4 lett. C L. 388/2000)

INFORMATIVA DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (di seguito "Regolamento") La informiamo che il Titolare del trattamento dei dati, per le finalità connesse all'erogazione dei servizi descritti nel presente è il Comune di Guardistallo. I dati saranno trattati con criteri atti a garantire la loro riservatezza e sicurezza ai sensi della vigente normativa - Reg. UE 679/2016; la relativa informativa è disponibile sul sito istituzionale dell'Ente all'indirizzo:

<http://www.comuneguardistallo.pi.it/gdpr.html>.

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del procedimento.

Acquisite le informazioni sopra descritte, Le richiediamo il consenso al trattamento dei dati conferiti, mediante firma della dichiarazione sotto riportata.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e presta il consenso al trattamento dei dati, anche particolari, conferiti.

Data ____/____/____

Firma del Dichiarante _____

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA