

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Corbetta**

OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO AUTORIZZAZIONE PER PARCHEGGIO DISABILI resa nota mediante CONTRASSEGNO VALIDO IN TUTTA L'UNIONE EUROPEA (Rif. normativi: art. 6 del regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30.03.1971, n. 118. - Art. 188 D.L. n. 285/92 ed art. 12 D.P.R. n. 503/96 -D.P.R. 30/07/2012 n. 151 (modifiche all'art. 381 D.P.R. 495/92) — Raccomandazione Consiglio Unione Europea 04/06/98.

Il/La sottoscrittola DISABILE _____ cod. fisc. _____

Nato/a a _____ il _____

N. telefono _____ e.mail _____

Residente in _____ Via _____

Genitore del minore *da compilare solo in caso di disabili con minore età* _____ (nome)

(cognome) nato/a a _____ il _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 44512000)

DICHIARA DI NON POSSEDERE ALTRA AUTORIZZAZIONE IN CORSO DI VALICATA'E

CHIEDE

- IL RILASCIO del contrassegno (validità anni cinque)
- IL RILASCIO del contrassegno **TEMPORANEO (validità inferiore ad anni cinque)**
- IL RINNOVO del contrassegno N. _____ DEL _____
- IL RINNOVO del contrassegno **TEMPORANEO** N. _____ DEL _____
- LA SOSTITUZIONE del vecchio **CONTRASSEGNO ARANCIONE** N. _____ DEL _____
- IL DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO N. _____ DEL _____ per smarrimento
 deterioramento

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- **N.2 FOTO recenti del disabile, formato tessera;**
- **CARTA DI IDENTITA' VALIDA (ESIBIZIONE e FOTOCOPIA).**

INOLTRE

- **PER RICHIESTE DI 1° RILASCIO, 1° RILASCIO TEMPORANEO E RINNOVO TEMPORANEO:**
CERTIFICAZIONE MEDICA - rilasciata dall'Ufficio medico-legale ASL di appartenenza;
- **PER RICHIESTE DI RINNOVO (non temporaneo) e SOSTITUZIONE DEL CONTRASSEGNO "ARANCIONE":**
CERTIFICAZIONE rilasciata dal medico curante, ed ORIGINALE CONTRASSEGNO SCADUTO o DA SOSTITUIRE
***(IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE – EX RILASCI "PERMANENTI"- NON OCCORRE CERTIFICATO DEL**
MEDICO CURANTE);
- **PER RICHIESTE DI DUPLICATO:** Denuncia di smarrimento (se smarrito), oppure
contrassegno in originale (se deteriorato);
- **PER LE AUTORIZZAZIONI TEMPORANEE (RILASCIO O RINNOVO). N. 2 MARCHE DA BOLLO DA € 16,00.**

Corbetta, _____ **FIRMA DEL DISABILE** _____

Solo per la Polizia Locale:

Il sottoscritto Agente di P.L. _____ dichiara che il richiedente è impossibilitato a firmare.

Sottoscrivendo il presente modulo e la presente informativa, il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito del Comune di Corbetta ai sensi dell' art. 13 del GDPR n. 2016/679 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati (*vedi retro*).

AI sensi e per gli effetti del GDPR 2016/679 si informa che si procederà al trattamento dei dati personali forniti in sede di presentazione della domanda nei limiti ed in adempimento degli obblighi di legge. Il trattamento dei dati verrà effettuato in modo da garantire la sicurezza e riservatezza, e potrà essere attuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei a trattarli nel rispetto delle regole di sicurezza, liceità, trasparenza, correttezza e proporzionalità.

I dati saranno trattati esclusivamente per le finalità gestionali inerenti all'istanza presentata.

Si comunica inoltre che:

- il Titolare del trattamento è il Comune di Corbetta, con sede in Via Carlo Cattaneo n. 25, IT-20011, Corbetta

(Email: settore.sicurezza@comune.corbetta.mi.it, PEC: comune.corbetta@postemailcertificata.it, telefono +39 02.97204.1).

-il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è l'Avv. Nadia Corà, recapito postale: Via San Marino 8/b – 46049 Volta Mantovana (MN), email: consulenza@entionline.it

Firma per accettazione al trattamento dati
