



**RICHIESTA DI CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA
DI VEICOLI CHE TRASPORTANO INVALIDI**

Il/La sottoscritto/a: _____ nato/a il _____
a _____ Prov. _____ e residente in questo Comune in Via _____
n° _____ C.F. _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____ di professione _____

con deambulazione sensibilmente ridotta come risulta dalla documentazione allegata in relazione al combinato disposto:
degli Artt. 5 e 6 del D.P.R. n° 384 del 27/04/1978;
degli Artt. 7 comma 1° lett. "D" e 188 del Codice della Strada, emanato con D.Lgs. n° 285/1992;
dell'Art. 381 del Regolamento di esecuzione e di attuazione del Codice della Strada, emanato con D.P.R. n° 495 del
16/12/1992 e successive modifiche con D.P.R. n° 151 del 30/07/2012 (Contrassegno per invalidi comunitario dell'Unione
Europea);

CHIEDE

⇒ **Il rilascio** ⇒ **Il rinnovo**

dello speciale contrassegno previsto dagli Artt. 5 e 6 del D.P.R. n° 384 del 27/04/1978, come approvato dall'Art. 188 del
Codice della Strada, emanato con D.Lgs. n° 285/1992 che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e spazi
all'uopo individuati da codesto Comune, con il veicolo al servizio dello stesso.
Come prescritto dall'Art. 381 comma 3° del Regolamento di esecuzione e di attuazione del Codice della Strada, emanato
con D.P.R. n° 495 del 16/12/1992 e successive modifiche con D.P.R. n° 151 del 30/07/2012 (Contrassegno per invalidi
comunitario dell'Unione Europea), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di confermare i dati personali sopra riportati.
- 2) che la richiesta è motivata come da documentazione allegata

ALLEGA

- 1) Certificato medico rilasciato in data _____ dall'Ufficio Medico Legale della Unità Sanitaria Locale competente o
verbale di invalidità civile o handicap (art. 4, legge 4 aprile 2012, n. 35) rilasciato in data _____ da cui risulta che
nella visita medica è stata espressamente accertata che il/la sottoscritto/a ha una effettiva capacità di deambulazione
sensibilmente ridotta in riferimento all'art. 381, DPR 495/1992;
o (solo per rinnovo permessi definitivi) certificato medico curante conferma persistenza patologia già documentata.
- 2) N° 2 foto formato tessera.
- 3) Copia documento identità in corso di validità.
- 4) Ricevuta di pagamento di Euro 5,00 (presso l'ufficio Economato del Comune).
- 5) Solo per i contrassegni temporanei (sia rilascio che rinnovo) imposta di bollo Euro 16,00.
- 6) Solo in caso di rinnovo precedente contrassegno nr _____ con scadenza _____

IL / LA RICHIEDENTE

Informativa ai sensi dell'art. 12 e ss Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003, come modificato dal d.lgs. n. 101/2018. I dati personali rac-
colti nel presente modulo sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge e/o precontrattuali o contrattuali.
Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la
sicurezza e la protezione dei dati. Per ogni maggiore informazione circa il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti di cui agli art. 15 e ss Reg. UE
679/2016, l'interessato potrà visitare la sezione privacy del sito istituzionale, al seguente indirizzo:

http://web.comune.carrara.ms.it/pagina562_privacy.html

Il titolare del trattamento è il Comune di Carrara.

Riservato all'ufficio

Richiesta presentata in data _____/pratica conclusa in data _____

⇒ Rilascio ⇒ Rinnovo contrassegno Nr. _____ con scadenza _____

NOTE _____

RITIRATO IN DATA / / ⇒ personalmente ⇒ con delega (vedi allegato) **FIRMA**

