

Domanda per il rilascio del contrassegno **Invalidi**

ai sensi del comma 3° art. 381 DPR 495/92

RICHIESTA DA PARTE DELL'INTERESSATO

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI												
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Cognome e Nome:												
Nato/a a:								Prov.:	Il giorno:			
Residente a:				Via:				N. civico:		CAP:		
Cellulare: ^(*)						E-mail: ^(*)						
Telefono fisso ^(*)				Fax: ^(*)		Pec - Posta Elettronica Certificata: ^(*)						

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di avere ridotte capacità deambulatorie;

CHIEDO (barrare una delle due caselle sottostanti):

rilascio nuovo permesso invalidi rinnovo permesso invalidi n. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L.- Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA	<input type="text"/>						
--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Locale di Verona. **(vedere indicazioni a tergo del presente foglio o la nota "Targa occasionale" pubblicata sul sito del Comune nella modulistica).**

ALLEGO: certificato medico in originale ovvero copia del verbale della commissione medica integrata originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,/...../.....

Firma leggibile (vedere Nota -1-pag. 3)

RICHIESTA DA PARTE DEL TUTORE

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	Il giorno:
Residente a:	Via:		N. civico: CAP:
Cellulare (*)		E-mail: (*)	
Telefono fisso (**)	Fax: (**)	Pec - Posta Elettronica Certificata: (**)	

(* Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative solo al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

DICHIARO di essere il **tutore a norma di legge** di:

DATI ANAGRAFICI														
Codice Fiscale:														
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □														
Cognome e Nome:														
Nato/a a:								Prov.:	Il giorno:					
Residente a:				Via:						N. civico:	CAP:			
Cellulare: ()								E-mail: ()						
Telefono fisso e/o cell. ()				Fax: ()				Pec - Posta Elettronica Certificata: ()						

(*Cellulare e/o indirizzo e.mail sono dati obbligatori, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni relative al permesso)

(** Tel.fisso, Fax e PEC sono dati facoltativi)

il quale ha ridotte capacità deambulatorie;

per suo nome e conto **CHIEDO** (barrare una delle due caselle sottostanti):

rilascio nuovo permesso invalidi rinnovo permesso invalidi n. _____

Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta Z.T.L.- Zona Verde, il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA								
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Centro Controlli Varchi del Comando di Polizia Municipale di Verona.

ALLEGO : - certificato medico in originale ovvero copia del verbale della commissione medica integrata
- originale permesso di cui sono in possesso (in caso di richiesta di rinnovo)

Data,/...../..... **Firma leggibile** (vedere Nota -1-pag. 3) _____

NOTA -1-Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto; ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

SPAZIO RISERVATO ALL'UTENTE:

Data,/...../..... **Firma leggibile** (vedere Nota -1-pag. 3) _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196/2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali, il Comune di Verona, in qualità di Titolare del trattamento ("Titolare"), è tenuto a fornirLe la seguente informativa sul trattamento dei Suoi dati personali.

1. Finalità del trattamento

I Suoi dati personali verranno trattati dal Titolare per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, in relazione al procedimento relativo alla domanda di permesso di transito e/o sosta .

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso .

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e di A.M.T. S.p.A. a cui il Comune di Verona ha affidato il rilascio dei permessi di circolazione e sosta agli aventi diritto. Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento.

I Suoi dati personali potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

La informiamo che il Codice in materia di protezione dei dati personali attribuisce all'Interessato la possibilità di esercitare specifici diritti. Lei potrà ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, l'aggiornamento, la rettificazione o, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Verona, con sede in Piazza Bra, 1 - 37121 Verona. Il Titolare ha nominato Responsabile esterno preposto per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui al punto precedente, A.M.T. S.p.A. (Azienda Mobilità e Trasporti), nella figura del suo Direttore Generale, domiciliato, per le proprie funzioni, presso la sede di Via F. Torbido, 1 - 37133 Verona, telefono 045/2320025 - fax 045/2320010 - e-mail: info@amt.it.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 e seguenti del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei miei riguardi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00 le sanzioni previste dal codice Penale e delle leggi speciali in materia; consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00.

I permessi invalidi vengono rilasciati soltanto dal Comune di residenza della persona interessata.

Documenti da allegare alla domanda (oltre a quello già specificato nella nota 1 – pag. 3):

RICHIESTA NUOVO PERMESSO

- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'invalido e, nel caso, del tutore legale.
- **Certificazione medica in originale rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Unità 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 sensibilmente ridotta.** (art. 381 DPR 495/92)
Ovvero **verbale della commissione medica integrata ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno invalidi**, presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale. L'istante dovrà altresì dichiarare che quanto attestato dal verbale non è stato revocato, sospeso o modificato.
- **Due foto a colori, formato tessera, dell'invalido.**

RICHIESTA RINNOVO PERMESSO

- **Vecchio permesso**
- Copia **carta di identità** fronte e retro dell'invalido e, nel caso, del tutore legale.
- **Certificato del medico curante in originale** che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- In caso di cambio residenza: autocertificazione che il certificato originario dell'ufficio medico-legale era stato rilasciato senza vincoli di tempo e dove è depositato in modo che sia possibile richiederlo.
*I rinnovi vengono effettuati solo se il certificato dell'ufficio medico-legale dell'ULSS è stato rilasciato senza limiti.
I permessi rilasciati a fronte di un certificato con periodo limitato (esempio due anni), non sono rinnovabili ed è quindi necessario chiedere un nuovo permesso.*
- **Due foto a colori, formato tessera, dell'invalido.**

Spazio riservato all'ufficio

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO PERMESSI (NON COMPILARE)

RICHIEDENTE/DELEGATO identificato dall'impiegato addetto al servizio in base a:

- DOCUMENTO di identità o di riconoscimento _____
- CONOSCENZA PERSONALE

Dubbi emersi sulla veridicità delle dichiarazioni (ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000):

<input type="checkbox"/>	NO - (controlli a campione).
<input type="checkbox"/>	SI' - obbligo di controllo sulla dichiarazione riguardante _____, per le seguenti motivazioni _____.

Data...../...../.....

Firma dell'impiegato addetto _____