

MARCA DA BOLLO
€. 16,00

Al Comune di Cornate d'Adda
Settore Polizia Locale e Protezione Civile
PEC: comune.cornatedadda@cert.legalmail.it

**RICHIESTA RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI
(D.P.R. 495/92 e D.P.R. 151/2012)**

- (1) Il/La **titolare del permesso** (Cognome e Nome).....
Nato/a a prov. (.....) il..... **residente in Cornate d'Adda**
Via..... n. civico.....
Tel. Cell. e-mail.....
Codice Fiscale
- (2) Rappresentato/a dal **genitore** o dal **legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno**
Cognome e Nome
- Nato/a aprov. (.....) il..... residente in.....
Via/C.so n. civico.....

CHIEDE

**IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER PERSONE DISABILI CON VALIDITA'
INFERIORE A 5 ANNI**

SI RICORDA CHE: al momento della consegna del nuovo contrassegno
E' OBBLIGATORIO RESTITUIRE IL VECCHIO CONTRASSEGNO

DICHIARA

Ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 che quanto sottoscritto con il presente modulo corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del DPR. N. 445/2000

ALLEGA

- (1) Fotocopia **documento di identità** in corso di validità del/la richiedente
- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'ASST BRIANZA con il riconoscimento dell'**art. 381 del DPR 495/1992**
- Copia del verbale della commissione medica integrata rilasciato dall'INPS con il riconoscimento dell'**art. 381 del DPR 495/1992**
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale del verbale rilasciato dall'INPS e sulla mancata revoca, sospensione o modifica di quanto attestato sul verbale (in caso di presentazione del verbale INPS)
- Fototessera recente (massimo 6 mesi) del titolare del contrassegno da apporre sul contrassegno

(2) *Spuntare la casella*

- Fotocopia **documento di identità** in corso di validità del *genitore* o del *legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno* del richiedente e documentazione comprovante la nomina

ATTENZIONE il D.P.R. n°151/2012 prevede espressamente sul retro la firma del disabile richiedente
PERTANTO NON È POSSIBILE PROCEDERE AL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PER DELEGA.

 **In caso di inabilità alla firma occorre presentare la documentazione che attesti la nomina di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno del richiedente**

DICHIARA ALTRESI'

Ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 che quanto sottoscritto con il presente modulo corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del DPR. N. 445/2000

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Di aver presentato all'INPS domanda di revisione del verbale della commissione medica integrata in data/...../..... e di essere stato/a convocato/a a visita in data/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Data da destinarsi |

in caso sia nota la data della visita ma non si conosca ancora l'esito il contrassegno sarà rilasciato con validità 3 mesi

in caso non sia nota la data della visita il contrassegno sarà rilasciato con validità 6 mesi

Modulo da compilare in presenza del verbale della commissione medica integrata

(ai sensi del D.L. 5 del 09/02/2012 convertito in Legge 35 del 04/04/2012)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____ / _____ / _____
(luogo) (prov.) (giorno) (mese) (anno)

Residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

in via/corso _____
(indirizzo)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del predetto D.P.R. 445/200 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del contrassegno invalidi

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che il verbale della commissione medica integrata, (rilasciato ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009), allegato alla richiesta per il rilascio del contrassegno invalidi è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Cornate d'Adda, _____ (gg/mm/anno)

Il/La dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

**INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679
(REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cornate d'Adda, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono 039/68741 indirizzo PEC comune.cornatedadda@cert.legalmail.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica rdp@comune.cornatedadda.mb.it

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per le finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ed eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente.

- Potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico.
- Sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali.
- Possono essere soggetti a comunicazione e/o diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Sui diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. Potrà esercitare i Sui diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati. Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'art. 22, par. 1 e 4 del Regolamento UE n. 679/2016

DELEGA AL RITIRO

Il sottoscrittodelego il sig.....
al ritiro dell'Autorizzazione e del relativo contrassegno di cui alla presente richiesta.

(all'atto del ritiro allegare copia del Documento d'Identità del delegante e del delegato)

Data

Firma del/la richiedente

(o rappresentante legale)