

**Marca da bollo  
€ 16,00**

**ALL'UFFICIO DI POLIZIA LOCALE DEL COMUNE DI  
MARTIGNACCO**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di confermare i propri dati personali di cui sopra e di essere nelle condizioni previste dall'art.381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495 e successive modifiche,

**CHIEDE**

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta di cui all'art. 188 del D.Lgs 285/92, nella seguente forma (Barrare la casella corrispondente alla propria richiesta):

**1° RILASCIO CONTRASSEGNO PERMANENTE (NO MARCA DA BOLLO) e a tal fine allega:**

- 1) Certificato del medico del Distretto Sanitario in originale che attesta la difficoltà alla deambulazione;
- 2) Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- 3) n. 2 fotografie in formato tessera (cm.3x4) a volto scoperto, a colori e recenti, dell'interessato.

**1° RILASCIO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (n.1 MARCA DA BOLLO € 16,00) e a tal fine allega:**

- 1) Certificato del medico del Distretto Sanitario in originale che attesta la difficoltà alla deambulazione;
- 2) Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- 3) n. 2 fotografie in formato tessera (cm.3x4) a volto scoperto, a colori e recenti, dell'interessato.

**RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE (NO MARCA DA BOLLO) e a tal fine allega:**

- 1) Certificato del medico curante che esplicitamente attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno;
- 2) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) n. 2 fotografie in formato tessera (cm.3x4) a volto scoperto, a colori e recenti, dell'interessato;
- 4) Contrassegno scaduto.

**RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (n.1 MARCA DA BOLLO € 16,00) e a tal fine allega:**

- 1) Certificato del medico del Distretto Sanitario che attesta il proseguimento della difficoltà alla deambulazione comprensivo del periodo della durata del certificato in anni;
- 2) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) n. 2 fotografie in formato tessera (cm.3x4) a volto scoperto, a colori e recenti, dell'interessato;
- 4) Contrassegno scaduto.

Il/La dichiarante è soggetto alle sanzioni previste dal codice della penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art.76 del D.P.R. n. 445/2000). Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/La dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. n. 445/2000).

Informativa sulla tutela della riservatezza applicata agli uffici comunali, ai sensi degli artt.13-14 GDPR (General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679).

L'acquisizione dei dati sopra riportati è prescritta dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata (barrare casella) :

dò il **consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili, ai sensi della normativa in vigore per le finalità indicate.

non acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali non sarà possibile dare seguito all'istanza.

Si rimanda all'informativa completa pubblicata sul sito [www.comune.martignacco.ud.it](http://www.comune.martignacco.ud.it)

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)