

Egregio Signor
SINDACO
del Comune di Albiano (TN)

OGGETTO: Richiesta di rilascio/ rinnovo dell'autorizzazione in deroga e relativo contrassegno per la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide, ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 495/1992.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ e residente ad ALBIANO in via/loc. _____ n.
_____, telefono _____ e-mail _____,

chiede

- il **rinnovo** dell'autorizzazione in deroga/contrassegno per la sosta di cui all'art. 381, D.P.R. 495/1992, Regolamento del C.d.S., n. ____ in scadenza al _____;
- il **rilascio** dell'autorizzazione in deroga/contrassegno per la sosta di cui all'art. 381, D.P.R. 495/1992, Regolamento del C.d.S.;
- il **rilascio** dell'autorizzazione in deroga/contrassegno per la sosta di cui all'art. 381, D.P.R. 495/1992, Regolamento del C.d.S., a seguito di smarrimento/furto (tagliando n. ____)

per

- se stesso
- il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____
il _____ e residente ad ALBIANO il via/loc. _____ n.
_____, a nome del/la quale egli/ella agisce in quanto:
 - esercente la potestà genitoriale del minore;
 - tutore e a tal fine allega documentazione comprovante tale circostanza;
 - (altro)_____.

Allega la seguente documentazione:

- (solo per il rinnovo) **certificato del medico di base** attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio dell'autorizzazione/contrassegno
- **Certificazione medica rilasciata dall'A.P.S.S.** che attesta espressamente la **capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ed il possesso dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione/contrassegno per la sosta**;
- **Codice 05** – certificazione medica rilasciata ai sensi dell'art. 6, comma 6, lett. a) della L.P. 19/2007, nel caso di **soggetti riconosciuti invalidi civili assoluti con diritto di indennità di accompagnamento in quanto non in grado di deambulare autonomamente** senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- **Certificazione medica**, rilasciata ai sensi dell'art. 6, comma 6, lett. b) della L.P. 19/2007, che attesti la **gravità dell'handicap e la capacità di deambulazione gravemente compromessa** ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;
- **Certificazione medica** od altra documentazione idonea che attesti che il richiedente è **cieco assoluto – codice 09** – ovvero che attesti un residuo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione;
- **N. 1 FOTOTESSERA** del titolare autorizzazione da applicare sul retro dell'autorizzazione in base al D.P.R. n. 151 del 30/07/2012 “Contrassegno per parcheggio invalidi europeo”;
- Nel caso di certificazione che attesti la presenza dei requisiti per un **tempo determinato n. 1 marca da bollo da € 16.00**;
- Denuncia di smarrimento del tagliando n. _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dal Servizio Demografico in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione nei soli casi previsti dalla legge.

Titolare del trattamento è l'Ente (e-mail affari.general@comune.albiano.tn.it sito internet <https://www.comune.albiano.tn.it/>),

Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it).

L'informativa completa è a disposizione presso gli uffici comunali e alla voce "privacy" del sito istituzionale: Privacy / Privacy e note legali / Comunicazione / Comune / Comune di Albiano - Comune di Albiano.

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

ALBIANO, _____

FIRMA _____