



# CITTA' DI STRESA

Provincia del Verbano Cusio Ossola

## COMANDO DI POLIZIA LOCALE

Via Principe Tomaso, 55 - 28838 STRESA I - tel. 0039 0323.932994 - fax 0039 0323.934601

e-mail: [corpopoliziamunicipale@comune.stresa.vb.it](mailto:corpopoliziamunicipale@comune.stresa.vb.it)

Al Comune di Stresa

Oggetto: istanza per il rilascio di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

in nome proprio

in nome e per conto del/la \_\_\_\_\_ (indicare rapporto parentela/tutela)

sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il **RILASCIO**

Il **RINNOVO**

Il **DUPLICATO** n. \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

(indicare il motivo: deterioramento, furto o smarrimento)

la **SOSTITUZIONE** n. \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ conforme al modello Europeo.

A tal fine allega:

- **per il RILASCIO:**

1) attestazione dell'Ufficio di Medicina Legale dell'ASL VCO 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 impedita o sensibilmente ridotta o - in alternativa - verbale della Commissione Medica Integrata di cui all'art. 4 del D.L. 5/2012 conv. L. 35/2012 corredato da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al co. 2 del medesimo articolo

2) n. 1 foto-tessera.

- **per il RINNOVO:**

1) certificato del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno

2) contrassegno scaduto;

3) n. 1 foto-tessera.

- **per SMARRIMENTO/FURTO:** copia della denuncia + n. 1 foto-tessera.

- **per DETERIORAMENTO:** il contrassegno deteriorato + n. 1 foto-tessera.

- **per la SOSTITUZIONE con quello europeo:** n. 1 foto-tessera.

Stresa li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ \*

\*In caso di impedimento dell'interessato per ragioni connesse allo stato di salute, la dichiarazione può essere sottoscritta ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dal coniuge o da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado; in caso di persona sottoposta a tutela, dal tutore, allegando in entrambi i casi la fotocopia della carta d'identità del disabile.

**Informativa sul trattamento dei dati personali.**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196/2003, e successive modifiche e integrazioni, (Codice in materia di protezione dei dati personali), il Comune di Stresa, titolare del trattamento, informa che i Suoi dati verranno trattati per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali

in relazione al procedimento per cui la domanda è stata presentata. **Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in mancanza non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione degli atti conseguenti.**

Il trattamento dei dati avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra. 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. La informiamo inoltre che potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del succitato D.L. 196/03 che prevede, tra l'altro, di ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento dei dati indirizzando la richiesta a: Città di Stresa Piazza Matteotti 6-E-mail: [info@comune.stresa.vb.it](mailto:info@comune.stresa.vb.it)

Acconsento al trattamento dei dati personali SI NO

Data..... Firma.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARO

**con riferimento alla richiesta di autorizzazione in deroga per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, che il verbale della commissione medica integrata, allegato in copia alla presente, è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione può essere:

- sottoscritta in presenza del dipendente addetto;
- sottoscritta e inviata (all'ufficio competente) per posta, via fax o tramite incaricato allegando la fotocopia non autenticata di un documento di identità.