

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Cormano  
**Polizia Locale**  
Piazza C. Scurati, 1

**U.R.P. - Ufficio Relazioni con il Pubblico**  
Piazza Scurati, 1  
20032 CORMANO (MI)  
Tel 02 66 32 42 48 - Fax. 02 66 30 17 73

**P.E.C.**

**comune.cormano@comune.cormano.mi.legalmailpa.it**

**OGGETTO: Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi.**  
(D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495.)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

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

Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

persona invalida con difficoltà alla deambulazione, come risulta dall'allegata certificazione medica

### **CHIEDE**

Il rilascio

Il duplicato autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il rinnovo autorizzazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dello speciale contrassegno

di cui all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, per la circolazione e la sosta.

**A tal fine allega:**

### **RILASCIO**

fotocopia carta d'identità

certificazione rilasciata dal MEDICO LEGALE dell'Ufficio Igiene ASL (prenotazioni: **www.asl.milano.it TEL. 02 85781**) o, in alternativa, fotocopia verbale Commissione di invalidità.

**Sullo stesso dovrà essere riportata NECESSARIAMENTE la seguente frase:**

**INVALIDO CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA (ART. 381 DPR 495/1992)**

oppure:

**INVALIDITÀ AL 100% CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUA O IMPOSSIBILITÀ A DEAMBULARE SENZA ACCOMPAGNATORE AI SENSI DELLE LEGGI 18/80 E 509/88.**

Nr. 2 marche da bollo da € 16,00 (per rilascio contrassegno invalidità temporanea)

### **RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE**

certificato del proprio medico curante che attesti la persistente riduzione di capacità deambulatoria

### **RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO**

certificato medico legale dell'Ufficio Igiene dell'ASL che attesti la persistente riduzione di capacità deambulatoria

### **DUPLICATO**

originale deteriorato o la copia della denuncia di smarrimento o furto.

**IN TUTTI I CASI ALLEGARE Nr. 2 FOTO TESSERA -AL RITIRO € 1 SPESE RILASCIO**

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate.**

## **INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 si informa che il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cormano che potrete contattare ai seguenti riferimenti: e-mail: [comune.cormano@comune.cormano.mi.it](mailto:comune.cormano@comune.cormano.mi.it) –

Indirizzo PEC: [comune.cormano@comune.cormano.mi.legalmailpa.it](mailto:comune.cormano@comune.cormano.mi.legalmailpa.it)

Potrete altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [comune.cormano@comune.cormano.mi.it](mailto:comune.cormano@comune.cormano.mi.it)

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

Il trattamento dei dati personali forniti per il servizio in oggetto è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali nelle singole materie che disciplinano i servizi ed avverrà anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici che debbano partecipare al procedimento amministrativo.

I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei soggetti autorizzati al trattamento impiegati presso i singoli servizi comunali interessati dalla richiesta.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta, quindi, l'impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

Il periodo di conservazione dei dati personali è determinato secondo il criterio giuridico collegato alla validità del procedimento amministrativo di cui l'interessato è beneficiario, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati. L'interessato, fatti salvi i dati conferiti obbligatoriamente e detenuti per disposizione di legge al fine di garantire il pubblico servizio, ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati ove applicabile.

Non è previsto il trasferimento di dati da parte del Comune di Cormano in un paese terzo.

Potrete far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i vostri diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai 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, o per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrete esercitare i vostri diritti rivolgendovi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Avete inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisiate la necessità.

Il Titolare del trattamento esclude di trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti. In caso si renda necessario un ulteriore trattamento saranno fornite all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

# CERTIFICATO MEDICO-LEGALE

Nella visita medica eseguita in data odierna è stato espressamente accertato che:

Il/La Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

<b>1.</b>	ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta
<b>2.</b>	ha effettiva incapacità di deambulare

<b>A</b>	a tempo indeterminato
<b>B</b>	per un periodo presumibile pari a: mesi n. _____ settimane n. _____ giorni n. _____

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato per i benefici di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992, n.495 – art.381.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_