



IL SOTTOSCRITTO..... NATO A

IL.....RESIDENTE A VIAN.....

CELL*..... TEL. FISSO*..... E-MAIL*

* SI SUGGERISCE L'INDICAZIONE DEI RECAPITI TELEFONICI E INDIRIZZO E-MAIL, PER RICEVERE UTILI ED EVENTUALI COMUNICAZIONI DI SERVIZIO

CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO)															
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ **CHIEDE**

- **IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO VALIDO IN TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE, PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA NELLA Z.T.L. E PER LA SOSTA NEGLI STALLI RISERVATI AI DISABILI (art.381 Reg. c.d.s.);**

☐ **COMUNICA**

- **LE TARGHE DEI VEICOLI UTILIZZATI DAL SOTTOSCRITTO IN MODO ABITUALE, AL FINE DI POTERE ACCEDERE NELLA ZONA A TRAFFICO LIMITATO DI COMACCHIO, OVE E' ATTIVO IL SISTEMA DI CONTROLLO ELETTRONICO:**

1)	2)	L'eventuale utilizzo di altri veicoli in modo occasionale o la variazione delle targhe segnalate, dovranno essere comunicate con apposita modulistica reperibile sul sito www.comune.comacchio.fe.it
----------	----------	--

AI FINI DEL RILASCIO/RINNOVO DEL CONTRASSEGNO, ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- **PRIMO RILASCIO DI CONTRASSEGNO PER DISABILI (validità temporanea o definitiva di cinque anni) O RINNOVO DI CONTRASSEGNO TEMPORANEO SCADUTO CHE AVEVA VALIDITA' INFERIORE A CINQUE ANNI (art. 381 Reg. c.d.s.):**

Verbale rilasciato dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale, per l'accertamento degli stati di invalidità civile, che attesti il possesso dei requisiti per il rilascio/rinnovo del contrassegno di circolazione e sosta in ZTL e negli stalli riservati ai disabili;

Altro

Contrassegno disabili scaduto

Fototessera del richiedente, a colori e recente

- **RINNOVO DI CONTRASSEGNO SCADUTO, AVENTE VALIDITA' DI CINQUE ANNI (art. 381 Reg. c.d.s.):**

Certificato del medico curante, che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

Contrassegno disabili scaduto

Fototessera del richiedente, a colori e recente

.....
data

.....
firma del richiedente

Il Comando di Polizia Municipale ai sensi del D.P.R. 445/2000, per quanto sopra dichiarato, si riserva di effettuare eventuali controlli. In caso di comprovata dichiarazione mendace, i beneficiari dei permessi rilasciati perderanno automaticamente ogni diritto ad essi connessi ed il dichiarante sarà ritenuto penalmente responsabile per quanto dichiarato e sottoscritto.

Informativa ai sensi ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo sulla Privacy (N. 2016/679): i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'informativa completa è consultabile alla sezione "Privacy" del sito web istituzionale del Comune di Comacchio all'indirizzo <http://www.comune.comacchio.fe.it/index.php/Il-Comune/Privacy>;

In caso di rifiuto alla prestazione del consenso non ci sarà possibile erogare i servizi richiesti.

☐ Acconsento il trattamento dei dati personali

☐ Non acconsento il trattamento dei dati personali

.....