



€ a restituire il contrassegno alla scadenza dell'autorizzazione.

## ALLEGA

- copia del documento di identità del dichiarante;
- copia del documento di identità dell'interessato;
- copia del codice fiscale;
- contrassegno scaduto di validità;

certificazione del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio dell'autorizzazione, ai sensi del DPR 495/92 agg. con DPR 610/96 art.381. (usare esclusivamente il modello allegato alla presente)

- n° 1 foto formato tessera;
- n° 1 marca da bollo di € 16,00 (in caso di rinnovo di durata inferiore a 5 anni).

Mendicino li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## IL DICHIARANTE

.....  
Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata insieme a fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento del dichiarante.

### Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003:

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, si informa che:

- 1) i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento amministrativo per il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del DPR 495/1992 nel rispetto degli obblighi di legge;
- 2) il trattamento dei dati avverrà in modo idoneo a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati che consentano la memorizzazione, la gestione e la trasmissione degli stessi;
- 3) il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento e senza l'autorizzazione al trattamento dei dati non potranno essere rilasciati contrassegni, permessi o altre autorizzazioni;
- 4) saranno garantiti all'interessato i diritti di accesso ai dati personali ed altri diritti di cui all'art. 7 D. Lgs. 196/2003.

Il titolare del trattamento è il Comando Polizia Municipale di Mendicino, Piazza n. 1.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata, si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 per le finalità previste.

- acconsento
- non acconsento

Mendicino li, \_\_\_\_\_

FIRMA

---

## DELEGA

Il/la sottoscritt... chiede che il contrassegno N. .... venga consegnato al..... Sig./Sig.ra .....

.....

IL DELEGANTE

*certificato del medico curante per il rinnovo contrassegno invalidi permanenti (validità 5 anni)*

---

A richiesta del Sig. ...., paziente da me in cura,  
nato a ..... prov. (.....) il ...../...../..... e residente  
ad ..... in via .....  
civico n° .....

**SI CERTIFICA**

Il persistere delle condizioni sanitarie di ridotte / limitate capacità di deambulazione, che hanno dato  
luogo al rilascio del contrassegno invalidi.

Si rilascia, ai sensi del D.P.R. 495/92 agg. Con D.P.R. 610/96 art. 381, per gli usi consentiti dalla  
legge.

Luogo e data .....

**Timbro e firma  
del medico curante**

.....

