

nr. | | | | / | | |

Modello PA 539

Versione 02/06

**RICHIESTA DI RILASCIO/RINNOVO/DUPPLICATO DI AUTORIZZAZIONE
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE
CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA**
(Art. 188 Codice della Strada)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____
documento _____ numero _____
rilasciato/a da _____ in data _____
codice fiscale _____ Tel. _____ in qualità di:

RICHIEDENTE

RAPPRESENTANTE LEGALE DEL MINORE O DI PERSONA LEGALMENTE INCAPACE:

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA RELATIVA A MINORE O A PERSONA LEGALMENTE INCAPACE

Cognome e Nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____

persona con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o legalmente incapace. **

persona priva della vista. **

CHIEDE

il RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE PROVVISORIA

e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, per una **durata di mesi 6** – NOTA ASL BRESCIA PROT. 0164809 DEL 29.11.2011

il RILASCIO **il RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE TEMPORANEA**

e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, ed allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dall'A.S.L. territorialmente competente dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta e la durata presunta di tale invalidità (che comunque non deve superare i cinque anni);

il RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE PERMANENTE e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, ed allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dall'A.S.L. territorialmente competente dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta e la durata presunta di tale invalidità (che comunque non deve essere inferiore ai cinque anni);

il RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE PERMANENTE e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide ed allo scopo allega il certificato rilasciato dal proprio medico curante che attesta il permanere delle condizioni che hanno dato origine al rilascio del provvedimento di cui si chiede il rinnovo (l'autorizzazione ed il contrassegno in possesso verranno consegnati all'atto del ritiro dei nuovi);

il **RILASCIO DEL DUPLICATO DELL'AUTORIZZAZIONE** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide di cui risulta titolare, a seguito dello smarrimento, della sottrazione, del deterioramento degli stessi o di sostituzione con contrassegno modello europeo (**D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151**), ed allo scopo allega:

- a) in caso di smarrimento: denuncia di smarrimento;
- b) in caso di sottrazione: denuncia di furto;
- c) in caso di deterioramento d) sostituzione di autorizzazione ancora in corso di validità con contrassegno modello europeo, copia del contrassegno da sostituire che dovrà poi essere riconsegnato in originale all'atto del rilascio del nuovo contrassegno.

Ai sensi dell'Art. 10 – 1° comma – della Legge 31.12.1996 n° 675, si informa che i dati personali forniti dal richiedente saranno raccolti e trattati presso il Comune di Desenzano del Garda – Ufficio Polizia Locale - responsabile Comando Polizia Locale Via Carducci, 2.

I dati sensibili di cui all'Art. 22, 1° comma, della Legge 675/96 saranno trattati in base al Piano Operativo adottato dall'Ente, secondo quanto stabilito dalla prescritta normativa in materia.

L'interessato gode dei diritti di cui all'Art. 13 della citata Legge, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui il diritto a rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Tali diritti possono essere fatti valere nei confronti del Comune di Desenzano del Garda – Ufficio Polizia Locale – Comandante Polizia Locale – Titolare del Trattamento.

Nr. Autorizzazione precedente // (solo in caso di rinnovo, di rilascio duplicato o sostituzione con contrassegno modello europeo);

Desenzano del Garda, _____

Il/La Richiedente

Allegati:

- Certificazione medica del: Medico Curante Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale.
- Copia Carta di Identità/Passaporto in corso di validità;
- Copia Codice Fiscale ovvero Carta Regionale dei Servizi in corso di validità.
- Nr. 1 fotografia formato tessera 35x45 mm circa.
- _____
- _____

SI AVVISA CHE IL RITIRO DEL CONTRASSEGNO DOVRA' AVVENIRE DA PARTE DEL DIRETTO INTERESSATO CHE DOVRA' FIRMARLO SUL RETRO OVVERO IN CASO DI IMPOSSIBILITA' SI PROVVEDERA' AD ACQUISIRE LA FIRMA NEI MODI PREVISTI DALLA LEGGE.



**** A causa dell'impossibilità di acquisire la firma si comunica che l'interessata/a è reperibile in _____ di _____**

tel. _____

Il/La Richiedente/Delegato/a
(in caso di delegato allegare copia documento di identità)
