

TIMBRO DI PROTOCOLLO GENERALE

Data invio email/p.e.c.

Uff. Prot. _____

Spett.le
UFFICIO PROTOCOLLO per POLIZIA LOCALE CENTRO MARTESANA
Piazza Diritti dei Bambini 1 20060 BUSSERO MI

Oppure inviare con posta elettronica certificata/pec all'indirizzo:
protocollo.bussero@pec.it

**Oggetto: RICHIESTA RINNOVO CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI n. _____
SCADUTO (da meno di 90 giorni) per Cittadino residente a Bussero**

LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE DATATA, FIRMATA E COMPLETA DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI.

IO SOTTOSCRITTO/A

a conoscenza del disposto dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso D.P.R.n.445/2000 e successive modifiche e/o integrazioni, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la mia personale responsabilità, dichiaro quanto segue:

COGNOME

NOME

SESSO	M	F	DATA DI NASCITA	GG	MM	AAAA	CITTADINANZA
-------	---	---	-----------------	----	----	------	--------------

LUOGO DI NASCITA: PAESE/COMUNE PROVINCIA NAZIONE

CODICE FISCALE																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESIDENZA: PAESE/COMUNE PROVINCIA NAZIONE

INDIRIZZO NUMERO CIVICO

TEL./CELL EMAIL

DOCUMENTO IDENTITA':	CARTA IDENTITA'	PASSAPORTO	N.	DATA	GG	MM	AAAA
RILASCIATO DA:				SCADENZA	GG	MM	AAAA

CHIEDO il rinnovo del contrassegno scaduto ed allego:

1. CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI SCADUTO (DA MENO DI 90 GIORNI)

(art. 1 del D.P.R. 151/2012)

2. CARTA IDENTITÀ INTESTATARIO CONTRASSEGNO

fotocopia completa del documento

3. CARTA IDENTITÀ RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL'INTESTATARIO)

fotocopia completa del documento

4. UNA FOTOGRAFIA "FORMATO TESSERA" INTESTATARIO CONTRASSEGNO

(verrà apposta direttamente al contrassegno dal Personale addetto)

5. COPIA CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE RILASCIATO DALLA COMMISSIONE SANITARIA

- certificato rilasciato, in data recente, dalla Commissione medica di prima istanza o della commissione medica locale che attesti la capacità sensibilmente ridotta di deambulazione, oppure la cecità totale o la condizione di non vedente (con residuo visivo non superiore a 1/10), ai sensi dell'art. 381 commi 2 e 3 del Regolamento di esecuzione del nuovo Codice della strada in combinato disposto con il DPR 503 del 24/7/1996, modificato dal D.P.R. 151/2012, e L. 131/2001.
- sono esonerati dalla visita quanti possiedono certificato rilasciato dalla Commissione d'Invalidità o certificato medico L. 104 nei quali sia barrata la voce di ciechi totali o invalidi al 100% con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.
- la certificazione che attesta la capacità deambulatoria sensibilmente ridotta può essere richiesta anche al Servizio di igiene pubblica se la persona è già conosciuta dalla commissione.
- In sostituzione del certificato medico sopra indicato è valido anche il certificato della commissione invalidi se risulta barrata una delle seguenti caselle: 5, 6, 8, 9, 10, oppure se sotto il numero 12 risulta barrata una delle seguenti caselle (indipendentemente dal grado di invalidità):
 - Con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.
 - Con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

6. CERTIFICAZIONE MEDICA DEL PROPRIO MEDICO CURANTE

che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al precedente rilascio del contrassegno

CASI PARTICOLARI: se il richiedente non è l'intestatario

Dati richiedente – in qualità di _____
(indicare il rapporto di parentela con l'intestatario)

Cognome _____

Nome _____

Residenza: Comune: _____ in Via/Piazza _____

_____ num. _____ telefono _____

e-mail _____

chiedo che tutte le comunicazioni mi vengano trasmesse a mezzo posta elettronica. A tal fine dichiaro che l'indirizzo indicato è valido per il procedimento in essere. Qualora dovessi modificarlo, mi impegno a comunicarlo all'Ufficio Protocollo del Comune di Bussero.

Documenti obbligatori da allegare alla presente domanda:

1. COPIA FRONTE/RETRO CARTA IDENTITA' INTESTATARIO CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI **sempre**
2. COPIA FRONTE/RETRO CARTA IDENTITA' RICHIEDENTE **se diverso dall'intestatario**
3. CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI SCADUTO (DA MENO DI 90 GIORNI) **sempre**
4. UNA FOTOGRAFIA "FORMATO TESSERA" INTESTATARIO CONTRASSEGNO **sempre**
5. COPIA CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE RILASCIATO DALLA COMMISSIONE SANITARIA **sempre (come sopra specificato)**

Informativa sulla Privacy:

Il Comune di Bussero gestisce i dati personali dei propri Cittadini e Collaboratori nel pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali - Decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51 e Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

Finalità del trattamento dei dati: I Suoi dati personali sono trattati al fine di dare riscontro alle richieste di rilascio pass residenti da Lei presentate all'Ufficio Protocollo del Comune di Bussero

Titolare del trattamento dei dati: Comune di Bussero, Piazza Diritti dei Bambini, 1 - 20060 Bussero (MI).

Responsabile del trattamento dei dati è ciascun Responsabile di Area, nominato con apposito Decreto del Sindaco protempore.

Data _____ firma _____