

marca da bollo da
€ 16,00
Solo per contrassegno
temporaneo



Spett.le **POLIZIA LOCALE
DEL COMUNE
DI GOLFO ARANCI**

OGGETTO: RICHIESTA DI PRIMO RILASCIO / RINNOVO DEL CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI CHE TRASPORTANO PERSONE NON VEDENTI O CON IMPEDIMENTO NELLA DEAMBULAZIONE.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ___/___/___ e residente in questo Comune in
via _____ n. _____, tel: _____
Codice Fiscale: | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 oltre che della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000) qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, a norma degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, in qualità di

- Interessato
- Tutore
- genitore

di _____ nato/aa _____
il ___/___/___ e residente in questo Comune in via _____
n. _____, tel: _____
Codice Fiscale: | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

CHIEDE

- il **RILASCIO** dell'autorizzazione e del corrispondente contrassegno previsto per la circolazione e la sosta.
- il **RINNOVO** dell'Autorizzazione n° _____ del _____
- La **DUPLICAZIONE** del Contrassegno n° _____ scadenza il _____

ALLEGA

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- n° 1 foto-tessera recente del titolare del contrassegno;

solo in caso di invalidità temporanea:

- n°2 Marca da Bollo da € 16,00

primo rilascio:

- certificato medico rilasciato in data ___/___/___ dal **medico**, ovvero, certificazione rilasciata dalla Commissione Medica o dall'ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale competente

○ **rinnovo di contrassegno per invalidità permanente:**

- certificato medico rilasciato dal proprio medico curante attestante il persistere delle condizioni di salute che hanno consentito il primo rilascio;

- originale del Contrassegno scaduto il ___ / ___ / ___ n° _____ del ___ / ___ / ___

○ **sostituzione del contrassegno deteriorato e non più leggibile:**

- originale del Contrassegno n° _____ del ___ / ___ / ___

○ **Duplicazione del contrassegno in caso di furto o smarrimento:**

- copia della denuncia di furto o smarrimento.

Altresì, dichiara di aver letto e compreso il contenuto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui al GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation), D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali e s.m.i., pertanto

esprime il consenso

NON esprime il consenso

al trattamento dei dati personali, consapevole che gli stessi verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dal regolamento.

Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'amministrazione presso la quale tali dati possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dar caso all'istanza da Lei avanzata.

Il titolare del trattamento dei dati sopra riportati è il Sindaco di questo Comune.

In ogni momento potranno essere esercitati i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 con richiesta scritta inviata a questo Comune, via Libertà 74 07020 Golfo Aranci ovvero alla Pec istituzionale: protocollo@pec.comune.golfoaranci.ss.it.

Golfo Aranci, lì _____

IL/LA RICHIEDENTE

_____ **(SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO)** _____

Concessione n° _____ del _____ prot.n° _____ del _____

I N F O R M A T I V A

Art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito “Regolamento (UE)”), La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge o dal regolamento. La comunicazione e la diffusione ad enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessario per lo svolgimento di funzioni istituzionali. La comunicazione e la diffusione a privati o enti pubblici economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, informatici o telematici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione dell'amministrazione presso la quale tali dati possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatorio. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dar caso all'istanza da Lei avanzata.

Titolarità del trattamento dati

Il Titolare del trattamento è il Comune di Golfo Aranci, con sede legale in Via Libertà n. 74, P.iva/Codice Fiscale: 00337180905, nella persona del Sindaco, suo legale rappresentante pro tempore.

Mediante l'invio di una e-mail all'indirizzo mariagiuseppa.bullitta@comune.golfoaranci.ss.it o un fax al numero 0789 612914 o contatto telefonico al numero 0789 612900, potrà richiedere maggiori informazioni in merito ai dati conferiti

Responsabile Della Protezione Dei Dati

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è COMPLIANCE STUDIO SARDEGNA (C.S.S) Via Pasquale Paoli n. 40 07100 SASSARI: Dati di contatto Referente ANTONIO LECIS – antoniolecis@csssrl.com – antonio.lecis@pecordineavvocati.ss.it – telefono: 079 200077

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali sono trattati dal Comune di Golfo Aranci unicamente per le finalità che rientrano nei compiti istituzionali dell'Amministrazione e di interesse pubblico o per gli adempimenti previsti da norma di legge o di regolamento (art. 6, comma 1, lett. e del Regolamento (Ue).

Il sito www.comune.golfoaranci.ss.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy adottate dall'Ente.

DELEGA AL RITIRO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il ____/____/____ e residente in questo Comune in
via _____ n. _____, tel: _____

DELEGA ED AUTORIZZA

il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il ____/____/____, residente a
_____ in via _____ n. _____
al ritiro dell'Autorizzazione e del relativo contrassegno speciale.

Si allega copia di documento in corso di validità del delegante e del delegato.

In fede

Il richiedente/delegante
