

	<p align="center"><b>COMUNE DI POMIGLIANO D'ARCO</b></p> <p align="center">Città Metropolitana di Napoli</p> <p align="center"><b><u>Settore 8 - Comando Polizia Municipale</u></b></p>	<p align="center">Foto tessera</p>
---	---	------------------------------------

**DOMANDA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL  
CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI**  
(articolo 381 del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495)

COGNOME E NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
COMUNE DI RESIDENZA	
RECAPITO TELEFONICO	
POSTA ELETTRONICA	

Essendo portatore di patologie che comportano una capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, consapevole che:

- l'uso del contrassegno è strettamente personale;
- è vietato il contestuale possesso e utilizzo di contrassegni rilasciata da altri Comuni;
- il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, smarrimento, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del Titolare

**CHIEDE**

**(barrare e completare il riquadro che interessa)**

Il [ ] **RILASCIO**/ [ ] \_\_\_\_\_ **RINNOVO**/ [ ] \_\_\_\_\_ **DUPLICATO** [ ] del contrassegno per la libera circolazione delle auto a servizio delle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

**DELEGA**

Il Sig. _____ nato a _____ il _____ _____ residente a _____ via _____ n. _____ recapito telefonico _____ Indirizzo mail _____
---

a presentare la richiesta nonché a ritirare in nome e per conto del sottoscritto il contrassegno per la circolazione del disabile.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTAZIONE UTILE AL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO:**

- documento di riconoscimento del richiedente e della persona eventualmente delegata alla presentazione dell'istanza;
- 2 Foto formato tessera recenti del titolare del contrassegno;
- sottoscrizione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e/o sensibili;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- **eventuale** sottoscrizione del Modulo ex art. 3 del D.M. del 05/07/2021 per inserimento della targa sulla Piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE;

e inoltre per

### **PRIMO RILASCIO DEL CONTRASSEGNO DISABILI (SIA PERMANENTE CHE TEMPORANEO):**

- certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico legale dell'ASL di appartenenza attestante "la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta" oppure, ai sensi dell'articolo 4 del D. L. 5/2012, il verbale della commissione medica integrata di cui all'articolo 20 del D. L. 78/2009, riportante l'esistenza dei requisiti necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi;
- 1 Marca da bollo da 16,00 euro (solo per la richiesta di rilascio dei permessi temporanei).

### **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PERMANENTE:**

- certificazione del medico curante che attesti la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno per disabili;
- contrassegno originale scaduto.

### **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO TEMPORANEO:**

- certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale della ASL di appartenenza (o il verbale della Commissione Medica), che attesti il perdurare della condizione di invalidità temporanea e indichi la nuova data di scadenza del contrassegno;
- 1 Marca da bollo da 16,00 euro;
- consegna del contrassegno scaduto.

### **DUPLICATO PER FURTO, SMARRIMENTO, DETERIORAMENTO DEL CONTRASSEGNO:**

- 1 Marca da bollo da 16,00 euro;
- copia della denuncia di furto o smarrimento;
- consegna del contrassegno deteriorato di cui si chiede la sostituzione.

## **INFORMAZIONI SUL RITIRO**

Ai sensi dell'art. 2 L.241/1990, il procedimento teso al rilascio dell'autorizzazione e del contrassegno deve concludersi entro il termine di 30 giorni dalla presentazione della istanza.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI  
NOTORIETA'**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____	
Nato/a a _____	prov.(____) Residente in via _____
C.F. _____	Tel/cell _____
Email _____	pec _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all' art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del predetto D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del contrassegno invalidi

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

Che il verbale rilasciato dalla

- certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico legale dell'ASL;
- commissione medica integrata, (rilasciato ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009);
- certificato medico curante allegato alla presente richiesta per il rilascio del contrassegno invalidi è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è oggetto di revoca, sospensione o modifica.

Si impegna a comunicare immediatamente eventuali cambiamenti e/o modifiche alla certificazione allegata.

**Pomigliano d'Arco** \_\_\_\_\_

**Il/La dichiarante**

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza al Regolamento UE 679/2016 (nel seguito definito Regolamento) e al D.Lgs. 196/2003, in materia di protezione dei dati personali e/o sensibili e successive variazioni, forniamo le dovute informazioni in merito al trattamento dei dati personali da lei forniti in occasione della presente istanza.

### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Comune di Pomigliano d'Arco con sede in Piazza Municipio, 1, (80038) Pomigliano d'Arco (NA);

### **Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD)**

Il Responsabile della protezione dei dati personali per il Comune di Pomigliano d'Arco RETE ENTIONLINE ALL PRIVACY con sede operativa: Via Triumplina 183/B Brescia raggiungibile al seguente indirizzo e-mail: [consulenza@entionline.it](mailto:consulenza@entionline.it) PEC: [professionisti@pec.ncpg.it](mailto:professionisti@pec.ncpg.it)

**RPD: avv. Nadia Corà**

Con il suo consenso vengono trattati i dati personali e/o sensibili da lei forniti all'atto della compilazione del modulo di richiesta del contrassegno. Questi dati comprendono, in particolare dati personali e/o dati sensibili relativi esclusivamente allo stato di salute. Per permetterci di evadere la sua richiesta è necessario che lei acconsenta al trattamento dei dati inseriti nell'istanza. In mancanza dei dati o del consenso, non saremo in condizione di procedere.

### **Per quale motivo trattiamo i suoi dati e in che modo**

I dati personali e/o sensibili vengono trattati per gestire la sua istanza di rilascio/rinnovo di permesso di circolazione. I dati personali e/o sensibili sono immessi nel sistema informativo (banca dati) nel pieno rispetto della normativa. I dati personali e/o sensibili forniti, saranno conservati nei termini di legge qualora previsti, ovvero per il tempo necessario all'espletamento della pratica. (salvo archiviazione se necessaria), secondo un criterio improntato sul principio di conservazione razionale nella gestione degli archivi cartacei. I dati personali e/o sensibili forniti per le richieste relative ai permessi disabili saranno conservati per un periodo non inferiore ai 5 anni.

### **Chi può accedere ai dati**

I dati sono accessibili al personale del titolare autorizzato al trattamento e ad altri soggetti che necessitano di trattarli nello svolgimento delle relative mansioni. Tali soggetti accederanno solo ai dati necessari alle relative funzioni e si impegneranno a usarli solo per le finalità sopra indicate ed a trattarli nel rispetto della Normativa Privacy.

### **Diritti dell'interessato**

Contattando il titolare del trattamento dati al recapito indicato sopra, si potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti riconosciuti dal Regolamento, come ad esempio accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei suoi dati o revocare il suo consenso già prestato, senza che pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca del consenso.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E/O SENSIBILI**

**(Art. 7 del Reg. UE 2016/679)**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede. Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta:

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Al Comando di Polizia Municipale di  
Pomigliano d'Arco  
Ufficio CUDE**

Modulo ex art. 3 del D.M. del 5 Luglio 2021 recante "Procedure per l'istituzione della piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE nonché per l'inserimento, l'aggiornamento o la cancellazione dei dati"

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia ( ) CF \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ provincia ( ) CAP \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**in qualità di (barrare e compilare se ricorre il caso):**

- tutore/legale rappresentante giusta documentazione allegata in copia
- delegato giusta delega allegata e corredata di copia di documento di identità del delegante del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia ( ) CF \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ provincia ( ) CAP \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'attribuzione del codice univoco, associato al contrassegno unificato disabili europeo rilasciato da codesto Ufficio e di cui a titolare, per l'accesso alla Piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE, di cui all'articolo 1, comma 489, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Indicare di seguito il numero **di targa** del veicolo destinato al proprio servizio, ai sensi dell'articolo 188 del Codice della strada: \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_