

Spett.le
UFFICIO PROTOCOLLO per POLIZIA LOCALE CENTRO MARTESANA
Piazza Diritti dei Bambini, 1 - 20041 - Bussero(MI)
Con posta elettronica all'indirizzo: protocollo.bussero@pec.it

Oggetto: RICHIESTA PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI (oppure scaduto da più di 90 giorni) per Cittadino residente a Bussero

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

Il contrassegno si ritira direttamente al COMANDO DI POLIZIA LOCALE in Piazza Diritti dei Bambini, 1 a Bussero, previo contatto da parte dell'ufficio.

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 rilascio del contrassegno div. abili ed allego:

1. CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI SCADUTO DA Più DI 90 GIORNI , NON PIU' RINNOVABILE

NUM. _____ ANNO _____ RILASCIATO DA: _____

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.

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 PIU' DI 90 GIORNI E NON PIU' UTILIZZABILE) **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 - 20041 Bussero (MI).

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

Data _____ firma _____