

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 RINNOVO CONTRASSEGNO DIVERSAMENTE ABILI 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.

Il contrassegno si ritira direttamente al COMANDO DI POLIZIA LOCALE in Piazza Diritti dei Bambini a Bussero, 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 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 pro tempore.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_