**Al Funzionario Responsabile**

** Settore Sicurezza/Protezione Civile**

**Piazza Matteotti, 12**

**20875 Burago di Molgora (MB)**

Oggetto: Richiesta autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

II/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: o delegato o esercente la patria potestà del minore o altro

per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere nelle condizioni previste dall'art 188 del Codice della Strada (D. Lgs. 30 aprile 1992 n o 285 e s.m,i.) e dall'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i. e richiede l'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, barrare la casella corrispondente:

* Rilascio dell'autorizzazione permanente (5 anni 0 60 mesi) e a tale scopo allega:

1. Certificato rilasciato dalla Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile dell'Azienda Sanitaria Locale Monza e della Brianza attestante un'invalidità e dall'art 30 comma 7 Legge 388/2000;
2. Copia verbale commissione ai sensi del DPR. 503/1996;
3. Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione con validità di 5 anni 0 60 mesi (vedasi allegato ATS per informazioni ed indicazioni).

* Rinnovo dell'autorizzazione invalidi permanente n. con validità di 5 anni e a tale scopo allega:

1. Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
2. Consegna contrassegno scaduto contestualmente alla richiesta o al ritiro del nuovo contrassegno.

* Rilascio dell'autorizzazione temporanea (con validità inferiore a 5 anni o a 60 mesi) e a tale scopo allega:

1. Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione, al fine di ottenerlo vedasi allegato ATS per informazioni ed indicazioni;
2. Due marche da bollo da 16,00 € ciascuna contestualmente alla richiesta o al ritiro;

* Rinnovo dell'autorizzazione invalidi temporanea n.  dell'anno con validità inferiore a 5 anni e a tale scopo allega:

1. Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione, vedasi allegato ATS per informazioni ed indicazioni;
2. Due marche da bollo da 16,00 € ciascuna contestualmente alla richiesta o al ritiro;
3. Consegna contrassegno scaduto Cl contestualmente alla richiesta o al ritiro del nuovo contrassegno;

* RICHIEDE DUPLICATO AUTORIZZAZIONE N° per: ( )smarrimento ( ) furto deterioramento



ALLEGARE DUE FOTO FORMATO TESSERA RECENTI contestualmente alla richiesta o al ritiro;

INFORMATIVA (in materia di privacy ai sensi del GDPR - Regolamento UE n. 679/2016) si rende noto che i dati forniti con la presente istanza non saranno comunicati ad altri soggetti e verranno trattati esclusivamente per la valutazione dei presupposti previsti dal D.P.R. 12/04/2006 n o 184; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'Amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. Il Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Arcore. II Responsabile del trattamento dei dati è il Comandante Bergamaschi dott. Marco. La sottoscrizione autorizza il trattamento dei dati personali con le finalità sopra esposte.

Data Firma

CERTIFICATO PER RILASCIO/RINNOVO

# CONTRASSEGNO PER SOGGETTI AVENTI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA

# Il rilascio/rinnovo del contrassegno viene effettuato direttamente dagli uffici comunali preposti del comune di residenza in caso di riconoscimento di:

* Invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
* Invalidità con accertata deambulazione sensibilmente ridotta ex art. 381 del DPR 16 dicembre 1992, n. 495 riportato nel relativo verbale
* Cecità civile

Negli altri casi dovrà essere esibito certificato di "deambulazione sensibilmente ridotta" emesso dagli uffici medico legali di ASST Brianza previa visita diretta; le prenotazioni vengono effettuate tramite CALL CENTER Regionale telefonando da lunedì al sabato non festivi dalle 08:00 alle 20:00 ai seguenti numeri:

* Numero verde 800.638.638 da telefoni fissi
* Numero 02.99.95.99 da telefoni cellulari

Il giorno dell'appuntamento OCCORRE PRESENTARSI CON:

* Documento d'identità in corso di validità;
* Patente di guida, se posseduta;
* Copia verbale di invalidità civile, se posseduto;
* Copia di eventuale documentazione sanitaria.

