

Spett.le  
**COMUNE DI ARCONATE**  
Alla cortese att.ne della  
**Polizia Locale**  
Via Roma n. 42  
20020 Arconate (MI)

**OGGETTO: RICHIESTA/RINNOVO CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DI PERSONA INVALIDA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 D.P.R. n. 495/92) e a tal fine dichiara di essere affetto/a da patologia che determina una capacità di deambulazione ridotta (indicare validità del contrassegno):**
- TEMPORANEO** (allegare al seguente mod. marca da bollo da € 16,00.=)
  - PERMANENTE**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N. 1 fotografia formato tessera

- Il rinnovo del contrassegno invalidi TEMPORANEO n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Verbale della Commissione Sanitaria di accertamento dell'invalidità
- N. 1 fotografia formato tessera

- Il rinnovo del contrassegno invalidi PERMANENTE n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Copia documento d'identità
- Contrassegno in scadenza
- Certificato rilasciato dal medico curante che esplicitamente conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno invalidi
- N. 1 fotografia formato tessera

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Firma del dichiarante)**

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (U.E.) 2016/679**

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 'G.D.P.R.', il Comune di Arconate (MI) nella qualità di Titolare del Trattamento, la informa che, i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e l'adempimento di obblighi di legge relativi al procedimento al quale il presente modulo si riferisce, per tale ragione il conferimento dei dati è obbligatorio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 22 del 'G.D.P.R.', nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del 'G.D.P.R.'. I contatti che può utilizzare sono PEC: [comune.arconate@postecert.it](mailto:comune.arconate@postecert.it) - telefono: 0331/460461. Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati - e-mail: [rpdp@comune.arconate.mi.it](mailto:rpdp@comune.arconate.mi.it)*

*L'informativa privacy completa è disponibile presso l'ufficio di riferimento e presso il sito [www.comune.arconate.mi.it](http://www.comune.arconate.mi.it)*

Arconate, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma per presa visione*