



# COMUNE di CASELETTE

Città Metropolitana di TORINO

✉ Via Alpignano 48- ☎ 011/9688216 - 9687048 - 📠 011/9688793  
E-mail: [anagrafe@comune.caselette.to.it](mailto:anagrafe@comune.caselette.to.it) sito internet: [www.comune.caselette.to.it](http://www.comune.caselette.to.it)  
CF/P.IVA 01290670015

FOTO

Al Sindaco del Comune di Caselette

**RICHIEDSTA DI RILASCIO O RINNOVO DI CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE (ART. 381 DEL DPR 16/12/1992 N. 495)**

**MODELLO EUROPEO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**parte da compilare soltanto nel caso di modulo presentato per conto di altra persona (anche via fax) obbligatorio allegare fotocopia documento identità del richiedente e del delegato alla presentazione della pratica**

PER CONTO DI \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'** (in caso di minore) \_\_\_\_\_  
 **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) \_\_\_\_\_  
 **DELEGATO**

**Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e a norma del Regolamento Europeo UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal D. Lgs. 101/2018**

L'amministrazione Comunale la informa che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e a norma del Regolamento Europeo UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal D. Lgs. 101/2018 e s.m.i., i dati forniti verranno trattati a norma di legge con i criteri e i sistemi atti a garantire la loro riservatezza e sicurezza, relativamente allo sviluppo del procedimento amministrativo e potranno comunicati a terzi allo stesso fine.

A lei competono i diritti di cui agli artt. 15-21 del Regolamento UE n. 679/2016 (accesso, correzione ecc...)

Responsabile del trattamento è il Comune di Caselette, Via Alpignano 48 – 10040 – Caselette (TO) – Tel. 011 9688216 – Fax 011 9688793

Responsabile della protezione dei dati (DPO): Avv. Claudio Strata contattabile all'indirizzo [avvocatostrata@strata-serlenga.it](mailto:avvocatostrata@strata-serlenga.it)

## CHIEDO

- II RILASCIO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO**:
- Copia del certificato rilasciato dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza riportante parere favorevole al rilascio e indicazione della durata. Dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000 che tale copia è conforme alla certificazione originale, da me detenuta. (**A.S.L. TO3** Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE - **Distretto 5 – SUSÀ Piazza San Francesco 4 – 10059 Susa TO Tel. 0122621210-11-57 fax** )
  - N. 2 foto formato tessera
  - Copia fotostatica del documento di identità

- II RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide (art. 381 del DPR 16/12/1992 n. 495), ed a tal fine **ALLEGRO**:
- Copia del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio. Dichiaro, ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000 che tale copia è conforme alla certificazione originale, da me detenuta.
  - N. 2 foto formato tessera
  - Copia fotostatica del documento di identità

### QUALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO MI IMPEGNO AL MOMENTO DEL RITIRO DEL CONTRASSEGNO

- A restituire il contrassegno in mio possesso:
- perchè scaduto
  - perchè deteriorato
  - perchè necessito del nuovo contrassegno mod. europeo
- Non restituisco il contrassegno sopraindicato a causa di:
- Smarrimento (allego copia della denuncia)
  - furto (allego copia della denuncia)
  - distruzione (allego copia della denuncia)

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente all'Ufficio competente ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato. L'Ufficio competente declina qualsivoglia responsabilità in caso di errata comunicazione della targa.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### N.B.: TRANSITO NELLA ZTL DEL COMUNE DI TORINO

I possessori del Contrassegno che necessitano di **transitare in maniera continuativa** nella ZTL del Comune di Torino possono registrare la targa del veicolo che utilizzano direttamente a GTT S.P.A. al seguente link:  
<http://www.gtt.to.it/cms/ztl/trasporto-persone-disabili-residenti-fuori-torino>

I possessori del Contrassegno che necessitano di **transitare occasionalmente** nella ZTL del Comune di Torino possono registrare la targa del veicolo che utilizzano direttamente a GTT S.P.A. al seguente link:  
<http://www.gtt.to.it/cms/ztl/3684-persone-con-disabilita-per-transiti-occasionali>

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI  
NOTORIETA' DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI  
COPIA

(Art. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Cognome

Nome

Nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Luogo provincia data di nascita

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Luogo indirizzo

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

**D I C H I A R A**

1. di essere a conoscenza del fatto che l'allegata copia del **VERBALE della COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA (art.20 D. L 78/2009)** è conforme all'originale.
2. **Che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso e modificato.**

Caselette, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante

.....

*Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R.445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*