



COMUNE di MORETTA  
PROVINCIA di CUNEO – REGIONE PIEMONTE

**OGGETTO: richiesta contrassegno per invalidi residenti  
RINNOVO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per fruire delle agevolazioni alla mobilità, il rilascio del contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del D. P. R. 485/1992

**In allegato consegna :**

- **RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE (durata 5 anni):** certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
- **RINNOVO CONTRASSEGNO A TEMPO DETERMINATO (meno di 5 anni):** certificato medico di medico-legale dell' Azienda Sanitaria Locale che abbia rivalutato le condizioni sanitarie che danno diritto al contrassegno.
- **DOCUMENTO D'IDENTITA'** in corso di validita'
- **FOTO TESSERA**

Li, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza, attraverso la lettura della presente informativa, che la mancata allegazione di eventuali documenti sopra richiesti comporterà al Comune l'impossibilità di rilasciare la richiesta dichiarazione entro i termini previsti per la conclusione del procedimento.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato ai sensi del D. Lvo 196/2003 e ss.mm.ii, che i dati personali, anche sensibili, volontariamente forniti e necessari per il certificato richiesto, saranno trattati dai dipendenti del Comune in base al vigente Regolamento sui dati sensibili, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione e che:

il Responsabile del trattamento dei dati è il Comune.

Li, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_