



**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

I dati personali, di cui al presente atto, sono richiesti ai fini del procedimento e il trattamento degli stessi viene eseguito ai sensi dell'art. 6, par. 1 lette. E) del regolamento UE 2016/679. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi, potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza e saranno trattati solo per il tempo strettamente previsto dalla normativa di settore. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art 15 e s.s. del Regolamento (UE) 2016/679 e proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. L'informativa completa sul trattamento dei fatti è reperibile sul sito istituzionale dell'Ente alla pagina <https://www.comune.moretta.cn.it/privacy>

Li, _____

FIRMA _____