



Al Sig. Sindaco  
del Comune di Rivara  
Corso Ogliani n°9  
10080, Rivara (TO)

Rivara, .....

OGGETTO: RICHIESTA CONTRASSEGNO INVALIDI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni  
mendaci ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... via/p.zza ..... n. ....  
tel. ....  
e-mail.....

CHIEDE

ai sensi dell'art. 188 del D. Lgs. 30.04.1992 n. 285 e dell'art. 381, comma 2, del D.P.R. 16.12.1992 n. 495

- Il primo rilascio del contrassegno invalidi.
- Il rinnovo del Contrassegno invalidi scaduto.

IN ALLEGATO ALLA PRESENTE CONSEGNA

- Certificazione medica, rilasciata dalla Commissione Medica di prima istanza o dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, attestante l'attuale capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o la condizione di cieco con residuo visivo non superiore a 1/10;
- Certificato del medico curante (in caso di rinnovo del contrassegno);
- Copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità;
- 1 fototessera;
- Il precedente contrassegno invalidi scaduto (In caso di rinnovo del contrassegno);

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

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 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 Regolamento sui dati sensibili, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa la dichiarazione e che il Responsabile del Trattamento dei dati è il Comune di Rivara.

Il Dichiarante

.....