

RICHIESTA DI CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____
documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato il ___ / ___ / ___
da _____ .

CHIEDE

la certificazione medico legale al fine di ottenere il rilascio del contrassegno previsto per la persona con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta (Art. 381_DPR n. 495 del16-12-92 e Art. n. 217_DPR n.610 del 16-9-96).

a titolo personale per nome e per conto⁽¹⁾

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ residenza (se diversa) _____
_____ codice fiscale _____

In qualità di:

Esercente la patria potestà del minore Tutore⁽²⁾ Altro⁽³⁾ _____

Data _____ Firma (per esteso) _____

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

Data _____ Firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO:

L'istanza è necessaria per la prenotazione della visita presso la S.C. Medicina Legale

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

La richiesta dovrà essere compilata e successivamente presentata allo sportello per la visita.

- a) *Sedi di S.C. Medicina Legale territorialmente competenti:*
- Sede Centrale di **CUNEO** – C.so Francia 10 - dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 17,00;
 - Sede periferica di **SAVIGLIANO** – Via Torino 137 - il mercoledì e il giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00;
 - Sede periferica di **MONDOVI'** – Ospedale di Mondovì Via San Rocchetto 99, piano terra - il mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 12.
- b) *spedita per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo:*
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it
- c) *consegnata al Comune di residenza che spedisce il modulo per posta, da PEC e da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo:* protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

Alla richiesta deve essere allegata:

- ***fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente;***
- ***fotocopia del VERBALE/CERTIFICATO DI INVALIDITA' CIVILE RILASCIATO DALL'INPS PER CHI NE E' IN POSSESSO.***

(1) In caso di delega è necessario allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.

(2) In caso di tutela è necessario produrre i documenti comprovanti la tutela.

(3) Specificare ed allegare la documentazione attestante la legittimazione alla richiesta per nome e per conto dell'interessato.

Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Il certificato può essere:

- *ritirato di persona dal richiedente*
- *spedito per posta PEC all'interessato/Comune di residenza*

Il certificato dovrà essere presentato al Comune di residenza per ottenere l'autorizzazione del contrassegno di parcheggio per disabili "europeo"