

## RICHIESTA DI CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

### Il sottoscritto/a

(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 \_\_\_\_\_ .

### in qualità di

diretto interessato  familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_

### di:

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela

(specificare) \_\_\_\_\_ residenza (se diversa) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

## 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).

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**

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

### **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, **previa prenotazione telefonica dalle ore 8,00 alle ore 17,00 dal lunedì al venerdì al seguente n. 0171 - 078680:***

- a) *Sedi di S.C. Medicina Legale territorialmente competenti:*
  - Sede Centrale di **CUNEO** – C.so Francia 10
  - Sede periferica di **SAVIGLIANO** – Via Torino 137
  - Sede periferica di **MONDOVI'** – Via Torino 2
- b) *spedita per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*
- c) *consegnata al Comune di residenza che spedirà il modulo per posta, da PEC e da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **Avvertenze**

*Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente.*

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

*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 ordinaria oppure per posta PEC all'interessato/Comune di residenza*