



CITTÀ DI ARONA

Provincia di Novara

Via San Carlo, 2 28041 Arona (NO)
Tel. 0322 231111 – 0322 231238
P.IVA: 00143240034 COD.FISC: 81000470039
PEC: protocollo@pec.comune.arona.no.it
MAIL: protocollo@comune.arona.no.it

RICHIESTA DI RILASCIO, RINNOVO, SOSTITUZIONE O DUPLICAZIONE DI AUTORIZZAZIONE PER PARCHEGGIO DISABILI

(Art. 6 del regolamento di attuazione dell'art. 27 della L. 30/03/1971 n. 118, art. 188 D.L. n. 285/92,
art. 12 D.P.R. n. 503/96 e D.P.R. 30/07/2012 n. 151)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DISABILE

(sempre necessario)

Cognome	Nome	Codice fiscale
Luogo di nascita	Provincia	Stato
Residente in	Provincia	Stato
Indirizzo residenza	N. civico	CAP
PEC (Domicilio elettronico)	Email (Posta elettronica)	Telefono fisso / cellulare

GENITORE/TUTORE DEL MINORE

(Compilare solo in caso di disabili con minore età)

Cognome	Nome
Data di nascita	Sesso
Luogo di nascita	Provincia

CHIEDE

☐	il rilascio del contrassegno (validità anni cinque)				
☐	il rilascio del contrassegno temporaneo (validità inferiore ad anni cinque)				
☐	il rinnovo del contrassegno				
	<table><tr><td>Numero</td><td>Data</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Numero	Data		
Numero	Data				
☐	il rinnovo del contrassegno temporaneo				
	<table><tr><td>Numero</td><td>Data</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Numero	Data		
Numero	Data				
☐	il duplicato del contrassegno				
	<table><tr><td>Numero</td><td>Data</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Numero	Data		
Numero	Data				
	in quanto ☐ smarrito ☐ deteriorato				

DICHIARAZIONI

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

☐	di non possedere altra autorizzazione in corso di validità
--------------------------	--

☐	di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016) pubblicata sul portale di riferimento
--------------------------	---

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni

ALLEGATI

	Allegato
☐	Documento di identità in corso di validità
☐	Due foto recenti del disabile in formato tessera
☐	Certificazione medica, rilasciata dall'ufficio medico-legale asl di appartenenza (<i>in caso di rilascio, rilascio temporaneo e rinnovo temporaneo</i>)
☐	Certificazione rilasciata dal medico curante (<i>in caso di rinnovo non temporaneo</i>)
☐	Contrassegno in originale (<i>in caso di rinnovo (non temporaneo) e duplicazione (se deteriorato)</i>)
☐	Denuncia di smarrimento
☐	Estremi dei codici identificativi delle marche da bollo e scansione delle stesse, annullate mediante la data, ovvero altre modalità di assolvimento, anche virtuale, dell'imposta di bollo
☐	Altri allegati

DATA _____

FIRMA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART.13 DEL REG. UE 27/04/2016 N.679)

Si comunica che tutti i dati forniti saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è consultabile all'indirizzo:

www.comune.arona.no.it/informativa-privacy/