



COMUNE DI BARI

Spett. le Ripartizione Sviluppo Economico
P.zza Chiurlia, 27
70100 BARI
PEC: suap.comunebari@pec.rupar.puglia.it

**DOMANDA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL
“CONTRASSEGNO INVALIDI”**

RICHIESTA DA PARTE DEL TUTORE

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto

(cognome e nome) _____

data di nascita: |_|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|_|| cittadinanza _____

luogo di nascita: Comune _____ Provincia ____ Stato _____

residenza: C.A.P. |_|_|_|_|_|_|_|| BARI _____ Provincia _____

via/piazza _____ n. _____

DICHIARA DI ESSERE IL TUTORE A NORMA DI LEGGE DI :

(cognome e nome) _____ Codice Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data di nascita: |_|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|_||

cittadinanza _____ luogo di nascita: Comune _____

Provincia ____ Stato _____ residenza: C.A.P. |_|_|_|_|_|_|_|| BARI Via/piazza _____

_____ n. _____ recapito telefonico*: _____

e-mail*: _____

(* sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni),

Dichiara altresì, i dati anagrafici sopra descritti e che il sunnominato non è in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altri Comuni

e CHIEDE

(barrare e completare solo il riquadro che interessa)

PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO

(Allegare **Attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L.** ché la persona ha “effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta” (ai sensi dell'art.381 del DPR n.495/92, oppure che appartiene alla categoria dei non vedenti (ai sensi dell'art. 12 c. 3 D.P.R.n.503/96);

□ **RINNOVO DEL CONTRASSEGNO (con durata 5 anni) N. _____ scadente il _____**
(Allegare **Certificato del medico curante** che attesti espressamente “ il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno in scadenza”, e fotocopia del contrassegno in scadenza, da restituire in originale al ritiro del contrassegno rinnovato);

□ **RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (di durata inferiore ai 5 anni) N. _____ scadente il _____**
(Allegare **Attestazione rilasciata dalla Commissione Medica di prima Istanza della A.S.L.** come indicato per il primo rilascio);

□ **DUPLICATO DEL CONTRASSEGNO N. _____ scadente il _____**
(Allegare: **Contrassegno in originale, in caso di contrassegno deteriorato o illeggibile; Autocertificazione firmata dal titolare del contrassegno, in caso di smarrimento; Denuncia alle Forze di Polizia, in caso di furto**);

e DELEGA

Il sig./sig.ra _____
nato il _____ a _____ Prov. (_____) e residente
in _____-Prov. (_____) Via/Piazza _____
_____ Tel. _____ a presentare la richiesta e a ritirare per
mio conto il relativo contrassegno.

(TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI)

- Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dal Comune, a seguito della richiesta di rilascio del contrassegno invalidi, si rappresenta che il Comune di Bari con sede in Corso Vittorio Emanuele n.84 e-mail urp@comune.bari.it tel 080.5771111, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati conferiti con la precitata richiesta, con modalità manuali, informatiche telematiche, per le finalità previste dall'art.381 del D.P.R. 495/1992 (Regolamento del Codice della Strada), in particolare per l'esecuzione dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente l'avvio del procedimento finalizzato al rilascio del contrassegno. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale della Ripartizione Sviluppo Economico o dalle imprese nominate come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione Europea. Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per lamentare una violazione della disciplina sulla protezione dei dati personali e di ottenere dal Comune di Bari, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679). L'apposita istanza al Comune di Bari è presentata contattando il responsabile della Protezione dei Dati Personali, Direttore della Ripartizione Segreteria Generale del Comune di Bari. Tel. 080.5772251- 2253 - 2245 e-mail privacy@comune.bari.it.

Bari _____

Il sottoscritto _____

(firma per esteso e leggibile)

Oltre, alla documentazione prevista per il tipo di richiesta, occorre allegare:

- **n. 2 fototessera dell'invalido recenti ed uguali dalle dimensioni 3,5x4 cm;**
- **copia di un documento di identità in corso di validità del tutore, dell'invalido e dell'eventuale delegato.**

Annotazioni:

- ✓ Il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso del Titolare;
- ✓ Per la consegna del contrassegno richiesto a termini di legge **l'Ufficio ha 30 giorni di tempo per emettere quanto richiesto**, ove consentito; il contrassegno potrà essere ritirato presso l'Ufficio preposto, **sito in Piazza Chiurlia, 27, 2° piano, nei giorni: lunedì-mercoledì-venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e martedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30.**