

**MARCA DA BOLLO  
Euro 16.00**

Le persone con ridotte capacità motorie **permanenti** sono esonerate dal pagamento della marca da bollo; la richiesta di contrassegno temporaneo è soggetta alla marca da bollo di Euro 16,00

Tagliando  
Protocollo Comune

**APPLICARE  
QUI !**

**Al Comune di  
Garbagnate Milanese**  
-----  
**Comando Polizia Locale  
Via Carducci 3  
20024 Garbagnate Milanese**



**RICHIESTA DI CONTRASSEGNO  
PER LA CIRCOLAZIONE E SOSTA DEI VEICOLI A SERVIZIO DELLE PERSONE  
CON CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA**

Art. 188 del Decreto Legislativo 30 Aprile 1992 n. 285 e art. 381 del Regolamento di Esecuzione del C.d.S. - D.P.R. 16 Dicembre 1992 N. 495 modificato dal D.P.R. 30 luglio 2012 n. 151.

**Intestatario/a del contrassegno**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

Prov.

il

residenza

**GARBAGNATE MILANESE**

Prov.

**MI**

Cap

**20024**

Piazza/via

Numero

Recapito telefonico

Indirizzo di posta elettronica

**Codice Fiscale  
del titolare del  
contrassegno**

**CHIEDE**

**quale persona invalida con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ovvero non vedente** in deroga ai divieti, obblighi e limitazioni previsti dal Codice della Strada - Decreto Legislativo 30 Aprile 1992 n. 285 e del relativo Regolamento di Esecuzione D.P.R. 16 Dicembre 1992 N. 495 modificato dal D.P.R. 30 luglio 2012 n. 151, il **rilascio di apposita autorizzazione**, come sotto indicata, per la circolazione e sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta nonché del relativo contrassegno di parcheggio per persone disabili, conforme al modello previsto dalla Raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione Europea del 04/06/199

**DELEGA**

**alla presentazione della presente richiesta nonché all'eventuale ritiro del documento richiesto**

Cognome e nome

nato/a a

Prov.

il

residenza

Prov.

Cap

Piazza/via.

Numero

Recapito telefonico

Indirizzo di posta elettronica

Documento di identità Tipo

N°

rilasciato da

in data

**curatore/tutore**    **coniuge**    **familiare** *specificare:*

**altro** *(specificare)*

**Tipo di contrassegno richiesto**

**Allegati**

**1. RILASCIO Contrassegno Permanente**

**2. RINNOVO Contrassegno Permanente**

**3. RILASCIO Contrassegno Temporaneo**

**4. RINNOVO Contrassegno Temporaneo**

**5. DUPLICATO → Contrassegno n°**

**DOCUMENTI DA  
PRESENTARE**

**VEDI  
ULTIMA PAGINA**

## DICHIARAZIONE

### Il richiedente nonché il titolare del Contrassegno richiesto dichiarano di essere consapevoli:

- delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di falsità negli atti pubblici e di dichiarazioni mendaci, così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 18/12/2000 N. 445;
- che in caso di dichiarazioni non veritiere il titolare del contrassegno decade immediatamente dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presente richiesta come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 18/12/2000 N. 445;
- che l'uso del contrassegno è **strettamente personale** ovvero non cedibile a terzi che non siano, in quello specifico momento, al servizio dell'intestatario;
- che non può essere in possesso di analogo contrassegno rilasciato da altro Comune;
- che il contrassegno di parcheggio dovrà essere restituito all'Autorità che lo ha emesso in caso di decadenza dei requisiti (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, contrassegno scaduto e non rinnovato, ritrovamento del contrassegno smarrito od oggetto di furto ).

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 Codice della Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/2003 si rende noto che i dati forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito all'autorizzazione richiesta ed al rilascio del relativo Contrassegno.

Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente ed in maniera informatica.

Il conferimento dei dati indicati è obbligatorio per la valutazione dell'istanza.

Nel caso in cui le informazioni richieste, ai sensi della citata normativa, fossero incomplete l'Amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento.

I dati potranno essere comunicati alle Autorità preposte al controllo per esclusive ragioni istituzionali.

Responsabile del trattamento dei dati per il Settore Polizia Locale è il Comandante del Corpo di Polizia Locale Dott. Vittorio Lattanzio.

I legittimati possono esercitare i propri diritti nei confronti del suddetto titolare ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 rivolgendosi al Titolare ovvero al responsabile, allegando all'istanza presentata copia di un valido documento di identità, così come stabilito dall'art. 9 del D. Lgs. 196/2003.

Con la firma della presente richiesta, previa lettura e conferma di quanto in essa contenuto, si presta consenso al trattamento dei dati secondo le finalità e con le modalità sopra descritte.

**Legge di riferimento:** Decreto Legislativo n. 196/2003 Codice della Privacy

**Garbagnate Milanese** \_\_\_\_\_

Firma del richiedente	Firma del titolare del Contrassegno richiesto

➔ Allegare copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

### INFORMAZIONI

#### Settore Polizia Locale

- **Sede Comando** Via G. Carducci, 3 - 20024 Garbagnate Milanese ( Città Metropolitana di Milano )
- **Telefono** 02.78618557
- **Fax** 02 9953116
- **PEC** comune@garbagnate-milanese.legalmail.it
- **E-Mail:** poliziamunicipale@comune.garbagnate-milanese.mi.it
- **Sito istituzionale** www.comune.garbagnate-milanese.mi.it

**La consegna della presente istanza potrà avvenire:**

**Presso lo sportello Utente del Comando di P.L. negli orari di apertura al pubblico:**

- Lunedì, Mercoledì, Venerdì : dalle ore 10.00 alle ore 12.00
- Giovedì: dalle ore 15.00 alle ore 17.00

*( durante il periodo delle festività natalizie e di fine anno nonché durante il periodo estivo gli orari potranno subire variazioni )*

**Per Posta con lettera raccomandata A/R indirizzata a:**

Comune di Garbagnate Milanese – Comando Polizia Locale – Via Carducci 3 – 20024 Garbagnate Milanese

**Mediante Fax o PEC:** al numero ed all'indirizzo sopra indicato

**La trasmissione via Fax o via Pec è possibile per le istanze esentate da marca da bollo.**

La presente istanza è stata presentata

in data.....alle ore .....



**COMANDO POLIZIA LOCALE**  
L'addetto alla ricezione

## DICHIARAZIONE DI AVVENUTO RITIRO DEL CONTRASSEGNO RICHIESTO

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso il Comando di P.L.

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

il/la quale in qualità di :  intestatario  delegato/a al ritiro

dichiara di aver ritirato il **Contrassegno per persone disabili N°** \_\_\_\_\_

confermando l'esattezza dei dati riportati.

**Il/la dichiarante**  
per ricevuta ed avvenuto ritiro



\_\_\_\_\_  
**L'addetto del Comando di P.L.**  
\_\_\_\_\_

Note



TIPOLOGIA DI CONTRASSEGNO	CERTIFICAZIONE DA PRESENTARE
<p style="text-align: center;"><b>1</b> RILASCIO Contrassegno <u>Permanente</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificazione medico-legale dell’A.S.T.</b> di appartenenza che attesta l’effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.</li> <li>• <b>Fotocopia carta d’Identità</b></li> <li>• <b>N° 2 fototessere a colori</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La presente richiesta è esente da Marca da Bollo</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>2</b> RINNOVO Contrassegno <u>Permanente</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificazione del medico</b> curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.</li> <li>• <b>Fotocopia carta d’Identità</b></li> <li>• <b>N° 2 fototessere a colori</b></li> <li>• <b>Contrassegno in possesso scaduto di validità</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La presente richiesta è esente da Marca da Bollo</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>3</b> RILASCIO Contrassegno <u>Temporaneo</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificazione medico-legale dell’A.S.T.</b> di appartenenza che attesta il presumibile periodo di durata dell’invalidità.</li> <li>• <b>Fotocopia carta d’Identità</b></li> <li>• <b>N° 2 fototessere a colori</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La presente richiesta deve essere corredata da una Marca da Bollo di Euro 16.00</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>4</b> RINNOVO Contrassegno <u>Temporaneo</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Certificazione medico-legale dell’A.S.T.</b> di appartenenza che attesta il diritto al rilascio di un ulteriore contrassegno.</li> <li>• <b>N° 2 fototessere a colori</b></li> <li>• <b>Fotocopia carta d’Identità</b></li> <li>• <b>Contrassegno in possesso scaduto di validità</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La presente richiesta deve essere corredata da una Marca da Bollo di Euro 16.00</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>5</b> DUPLICATO Contrassegno Permanente o Temporaneo a seguito di deterioramento ovvero smarrimento o furto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Denuncia di furto o dichiarazione di smarrimento</b></li> <li>• <b>Contrassegno deteriorato</b></li> <li>• <b>Fotocopia carta d’Identità</b></li> <li>• <b>N° 2 fototessere a colori</b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>La presente di richiesta deve essere corredata da una Marca da Bollo di Euro 16.00 solamente se il contrassegno è <u>temporaneo</u></i></p>