



COMUNE DI ARCORE  
Provincia di Monza e della Brianza  
CORPO DI POLIZIA LOCALE

Telefono 039 61 53 71 Per informazioni indirizzo mail : [vigili@comune.arcore.mb.it](mailto:vigili@comune.arcore.mb.it)

MARCA  
DA  
BOLLO  
per temporanee

Al Funzionario Responsabile  
Settore Polizia Locale  
Via Filippo Corridoni, 2  
20862 Arcore (MB)

**Oggetto: Richiesta autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**

Il sottoscritto/a, ..... nato/a a .....

il .... / .... / ....., residente a..... in Via..... n° .....

Recapito telefonico n. .... Indirizzo mail.....

In qualità di  delegato  esercente la patria potestà del minore  altro .....

per conto di ..... nata/o a ..... il.....

residente ad Arcore in via ..... n° .....

**Dichiara** di essere nelle condizioni previste dall'art 188 del Codice della Strada (D. Lgs. 30 aprile 1992 n° 285 e s.m.i.) e dall'art. 381 del D.P.R. 495/1992 e s.m.i. e **richiede** l'autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, **barrare la casella corrispondente:**

**Rilascio dell'autorizzazione permanente (5 anni o 60 mesi)** e a tale scopo allega:

- Certificato rilasciato dalla Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile dell'Azienda Sanitaria Locale Monza e della Brianza attestante un'invalidità e dall'art. 30 comma 7 Legge 388/2000;
- Copia verbale commissione ai sensi del DPR. 503/1996;
- Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione con validità di 5 anni o 60 mesi;

**Rinnovo dell'autorizzazione invalidi permanente n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni** e a tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato da medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Consegna contrassegno scaduto  contestualmente alla richiesta  al ritiro del nuovo contrassegno;

**Rilascio dell'autorizzazione temporanea (con validità inferiore a 5 anni o a 60 mesi)** e a tale scopo allega:

- Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione, al fine di ottenerlo vedasi allegato ATS per informazioni ed indicazioni;
- Due marche da bollo da 16,00 € ciascuna;

**Rinnovo dell'autorizzazione invalidi temporanea n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni** e a tale scopo allega:

- Certificato rilasciato dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria di Monza e della Brianza attestante una ridotta capacità di deambulazione, vedasi allegato ATS per informazioni ed indicazioni;
- Due marche da bollo da 16,00 € ciascuna;
- Consegna contrassegno scaduto  contestualmente alla richiesta  al ritiro del nuovo contrassegno;

RICHIEDE DUPLICATO AUTORIZZAZIONE N° \_\_\_\_\_ per:  smarrimento  furto  deterioramento  altro \_\_\_\_\_

**ALLEGARE DUE FOTO FORMATO TESSERA RECENTI**  contestualmente alla richiesta  al ritiro;

**INFORMATIVA (in materia di privacy ai sensi del GDPR – Regolamento UE n. 679/2016)** si rende noto che i dati forniti con la presente istanza non saranno comunicati ad altri soggetti e verranno trattati esclusivamente per la valutazione dei presupposti previsti dal D.P.R.12/04/2006 n° 184; nel caso in cui le informazioni richieste ai sensi della norma citata fossero incomplete, l'Amministrazione non è tenuta a dar seguito al procedimento. Il Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Arcore. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Comandante Bergamaschi dott. Marco. La sottoscrizione autorizza il trattamento dei dati personali con le finalità sopra esposte.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Inviare richiesta via mail: [urp@comune.arcore.mb.it](mailto:urp@comune.arcore.mb.it)  
Consegnare a Urp in Largo Vela n°1

a mezzo pec: [comune.arcore@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.arcore@pec.regione.lombardia.it)  
oppure al Comando Polizia Locale via Corridoni n° 2



## **CERTIFICATO DI RILASCIO E/O RINNOVO** **CONTRASSEGNO INVALIDI**

Si informano i gentili utenti che **il servizio di informazioni e prenotazione telefonica** è attivo dal lunedì al venerdì non festivi dalle ore 14.00 alle ore 16.00 al n. **039/6654901**.

E' possibile inoltre inviare una richiesta di informazioni e prenotazione all'indirizzo di posta elettronica [prenotazione.certificazioni@asst-vimercate.it](mailto:prenotazione.certificazioni@asst-vimercate.it)

Il giorno dell'appuntamento **OCCORRE PRESENTARSI CON:**

### **SE DIRETTO INTERESSATO:**

- Carta d'identità o passaporto in corso di validità
- Codice fiscale
- Patente di guida , se in possesso
- Documentazione sanitaria riguardante le patologie che determinano la grave compromissione della capacità di deambulazione
- Se riconosciuto invalido civile, fotocopia del relativo verbale

### **SE FAMILIARE DELEGATO (SE IL DIRETTO INTERESSATO E' IMPOSSIBILITATO A RECARSÌ PRESSO L'AMBULATORIO):**

- Carta d'identità o passaporto in corso di validità
- Codice fiscale
- Patente di guida , se in possesso
- Documentazione sanitaria riguardante le patologie che determinano la grave compromissione della capacità di deambulazione
- Se riconosciuto invalido civile, fotocopia del relativo verbale
- Delega del delegato
- Copia documento di identità del delegante.





# ASST DELLA BRIANZA

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il sig / La sig.ra .....

Nato/a a ..... il ..... / ..... / .....

Residente a ..... in .....

Codice Fiscale: ..... Telefono: .....  
Numero di TEAM o di Passaporto, se straniero non residente in Italia

### PRESTA IL SEGUENTE CONSENSO

#### ➤ CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il sottoscritto, letta l' informativa consegnata o esposta in questi locali e le sue eventuali integrazioni (segnalate nelle annotazioni) e informato che i propri dati personali e particolari:

- ✓ Saranno trattati esclusivamente per le finalità (sanitarie, socio-sanitarie, assistenziali ed amministrative) strettamente connesse allo scopo di fornire le prestazioni richieste;
- ✓ Sono necessari per la corretta compilazione della documentazione sanitaria, socio-sanitaria, assistenziale ed amministrativa relativa alla prestazione richiesta, con il conseguente impedimento, in caso di mancato conferimento del consenso, nel fornire le prestazioni, le cure o l'assistenza richieste;
- ✓ Saranno trattati nel rispetto della normativa vigente, con le modalità e le responsabilità descritte nella Informativa sulla Privacy esposta al pubblico e riportata sul sito WEB [www.asst-brianza.it](http://www.asst-brianza.it), sezione Privacy;
- ✓ Saranno conservati per la durata prevista dalla legge o dai regolamenti per i tipi di documenti sanitari coinvolti.

**Presta il consenso**, che avrà valore solo per questa prestazione (o ciclo di prestazioni)

Data ..... / ..... / ..... **FIRMA:** .....

***Se l'interessato è minorenne, interdetto o non autosufficiente, oppure nei casi in cui non sia in grado di firmare, il consenso per conto dell'interessato è stato fornito da:***

..... **Doc. ID:** .....  
Nome Cognome Tipo Numero

Nato/a a ..... il ..... / ..... / .....

***È necessario allegare la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi del' Art. 47 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)***

in qualità di:  GENITORE o chi esercita la potestà genitoriale  TUTORE  AMM. di SOSTEGNO

ALTRO, **solo** nel caso di impossibilità a firmare .....  
Specificare la relazione con l'interessato

*Per ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, si rimanda alla sezione "Privacy" del sito WEB [www.asst-brianza.it](http://www.asst-brianza.it)*

Annotazioni dell'Ufficio .....