

**RICHIESTA DI RILASCIO/RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE  
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE  
CON CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA**  
(Art. 188 Codice della Strada)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

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

documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato/a da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ nella qualità di:

- Persona con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;  
 Persona priva della vista

**CHIEDE**

Il **RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE TEMPORANEA** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, ed allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dall'ATS territorialmente competente dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta e la durata presunta di tale invalidità (che comunque non deve superare i cinque anni);

Il **RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE PERMANENTE** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide, ed allo scopo allega la certificazione medica rilasciata dall'ATS territorialmente competente dalla quale risulta l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta e la durata presunta di tale invalidità (che comunque non deve essere inferiore ai cinque anni);

Il **RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE PERMANENTE** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide ed allo scopo allega il certificato del proprio medico curante (MMG) che attesta il permanere delle condizioni che hanno dato origine al rilascio del provvedimento di cui si chiede il rinnovo (l'autorizzazione ed il contrassegno in possesso verranno consegnati all'atto del ritiro dei nuovi);

il **RILASCIO DEL DUPLICATO DELL'AUTORIZZAZIONE** e dello speciale contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide di cui risulta titolare, a seguito dello smarrimento, della sostituzione o del deterioramento degli stessi, ed allo scopo allega: a) **in caso di smarrimento: DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO**; b) **in caso di sottrazione: DENUNCIA DI FURTO**; c) **in caso di deterioramento: I DOCUMENTI DA SOSTITUIRE**.

**A L L E G A**

- 1) Fototessera del richiedente (recente non più di 6 mesi antecedenti l'istanza)
- 2) Documentazione commissione medica (senza omissis) o Certificato Medico di base (solo per i rinnovi) che attesti la permanenza dei requisiti per il rilascio.
- 3) Documento di identità in fotocopia non autenticata del richiedente

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

Solza, \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Il conferimento dei dati personali raccolti con il presente modulo non è obbligatorio, ma in sua mancanza il Comune di Solza potrebbe trovarsi impossibilitato a dare seguito alla pratica in relazione alla quale vengono raccolti i dati, ovvero a erogare il servizio richiesto o a dare riscontro alla Sua comunicazione.

Il Comune di Solza la informa che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2018 e del D.Lgs. 196/2003, per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente e nello specifico per gestire la pratica in relazione alla quale i dati sono raccolti e per gestire le Sue eventuali istanze o richieste. Per maggiori informazioni la invitiamo a consultare l'informativa pubblicata all'indirizzo <https://comune.solza.bg.it/it/privacy> e disponibile su richiesta presso gli uffici dell'Ente, o a rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali del Comune di Solza al recapito [DPO@comune.solza.bg.it](mailto:DPO@comune.solza.bg.it).