

AMMINISTRAZIONE COMUNALE  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
SPORTELLO SEGRETARIATO SOCIALE  
Largo Repubblica 3  
20854 VEDANO AL LAMBRO

**OGGETTO : Richiesta di Contrassegno di Circolazione e Sosta per Disabili**

...l... sottoscritt.....

nat... a ..... il.....

residente a .....in via.....nr.....

tel.....relazione di parentela.....

**per conto di**.....

nat... a ..... il.....

residente a .....in via.....nr.....

in possesso dei requisiti richiesti, come da certificazione medica allegata rilasciata da

- Ufficio Medico Legale della Asl .....
- Commissione di Prima Istanza Riconoscimento Invalidità Civile Asl.....
- Medico Curante Dott.....

**CHIEDE**

la **CONCESSIONE** / il **RINNOVO** dello speciale **CONTRASSEGNO** per la  
**CIRCOLAZIONE E LA SOSTA** di cui al D.P.R. 495/1992 art. 381

- Rende la concessione n°..... scaduta il .....

**Il Richiedente**

.....

INFORMATIVA DI LEGGE D.Lgs n. 196 del 30.06.2003

Egr. Sig. / Gent.ma Sig.ra La informiamo che:

i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria del presente procedimento  
il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici  
il responsabile del trattamento è l'Assistente Sociale La Porta Maria Concetta

Lei può in ogni momento esercitare i diritti, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del  
D.Lgs 196/2003 rivolgendosi al responsabile del trattamento sopra specificato.

Firma .....

Vedano al Lambro,.....