

RICHIESTA CONTRASSEGNO PER INVALIDI RESIDENTI NEL COMUNE DI VIGONZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in Via / P.zza _____ n. _____
Vigonza, Tel. _____

C H I E D E

per fruire delle agevolazioni alla mobilità, il rilascio del contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del D. P. R. 485/1992

In allegato produce:

- certificazione medica in originale, rilasciata dalla Commissione Medica di Prima Istanza o dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, attestante l'attuale *effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta* (art. 381 Regolamento di Esecuzione del N.C.D.S.), o la condizione di cieco con residuo visivo non superiore a 1/10;
- documento di identità in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 (codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Vigonza, per le finalità connesse all'erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo Decreto, l'interessato ha il diritto ad avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiederne la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Vigonza via Cavour,16, che ha nominato Responsabile del trattamento dati il Capo Settore dei Servizi Sociali.

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

Data _____

IL DICHIARANTE

Il Ricevente (*) _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE

CONOSCENZA DIRETTA

(*) Dipendente addetto a ricevere la documentazione, quando la dichiarazione gli sia sottoscritta dinanzi.

RICHIESTA CONTRASSEGNO PER INVALIDI RESIDENTI NEL COMUNE DI VIGONZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in Via / P.zza _____ n. _____
Vigonza, Tel. _____

C H I E D E

per fruire delle agevolazioni alla mobilità, il rilascio del contrassegno invalidi di cui all'art. 381 del D. P. R. 485/1992. Nuovo Rinnovo

In allegato produce:

- certificazione medica in originale, rilasciata dalla Commissione Medica di Prima Istanza o dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, attestante l'attuale *effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta* (art. 381 Regolamento di Esecuzione del N.C.D.S.), o la condizione di cieco con residuo visivo non superiore a 1/10;
- documento di identità in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 (codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che i dati personali raccolti tramite il presente modulo, sono trattati dal Comune di Vigonza, per le finalità connesse all'erogazione del servizio e che in mancanza di questi non sarà possibile dare inizio al procedimento e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso. Ai sensi dell'art. 7 del medesimo Decreto, l'interessato ha il diritto ad avere conferma dell'esistenza dei dati che lo riguardano, a modificarli e aggiornarli; ha pure il diritto di richiederne la cancellazione o il blocco nel caso di trattamento in violazione di legge. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Vigonza via Cavour,16, che ha nominato Responsabile del trattamento dati il Capo Settore dei Servizi Sociali.

Il/La dichiarante è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000)

Data _____

IL DICHIARANTE

Il Ricevente (*) _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE

CONOSCENZA DIRETTA

(*) Dipendente addetto a ricevere la documentazione, quando la dichiarazione gli sia sottoscritta dinanzi.

Ufficio Servizi Sociali via Arrigoni n. 1 – 35010 Vigonza PD - telefono 049 8090321 - fax 0498095391
orario di apertura al pubblico: lunedì, martedì, giovedì, dalle 9.00 alle 13.00, mercoledì dalle 15.30 alle 18.00.

