

COMUNICAZIONI E RICHIESTE  
Contrassegno per disabili - rinnovo

Al Sig. COMANDANTE della P.M.  
Via Degli Ulivi, 15  
ACIREALE

Oggetto: *rinnovo contrassegno per disabili.*

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a ..... il ..... e

residente in Acireale via ..... n. ....,

tel. .... email .....

**C H I E D E**

il rinnovo del contrassegno per disabili n. .... rilasciato da codesta  
Amministrazione in data .....

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale cui incorre chi rilascia  
dichiarazioni mendaci, dichiara che i dati forniti rispondono al vero.

Dichiara di essere a conoscenza che il contrassegno è **strettamente personale e non  
può essere ceduto a terzi, né esposto in fotocopia. L'uso improprio sarà punito a  
norma di legge.**

Allega:

- certificato rilasciato dal medico curante che conferma il persistere delle condizioni  
sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno;
- n. 1 fotografia recente formato tessera;
- Delega per il ritiro il sig./sig.ra .....

RISERVATO ALL'UFFICIO  
VISTO

Acireale, \_\_\_\_\_

# COMUNICAZIONI E RICHIESTE

## Contrassegno per disabili - rinnovo

### **Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs.vo n. 196/2003.**

- a) Il trattamento dei dati conferiti con la presente istanza/dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- b) Il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali;
- c) Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- d) Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento dell'istanza/dichiarazione;
- e) I dati conferiti potranno essere comunicati, qualora necessario, ad altri Settori, dell'Amministrazione Comunale e ad altri soggetti pubblici;
- f) Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.) avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per il Comando di P.M..
- g) Il titolare del trattamento è il Comando di Polizia Municipale di Acireale con sede in via degli Ulivi 15.

Acireale, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara di consegnare il vecchio contrassegno n. \_\_\_\_\_ e di ricevere il nuovo contrassegno n. \_\_\_\_\_ intestato al/alla sig./ra \_\_\_\_\_.

Acireale, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

=====

### **IMPORTANTE**

All'atto della richiesta, l'intestatario deve recarsi personalmente presso il Comando di P.M., munito di documento di identità valido e di una foto tessera recente e deve apporre la propria firma sul retro del nuovo contrassegno invalidi.

Il contrassegno sarà rilasciato entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta, a condizione che la documentazione presentata sia conforme a quanto indicato sul presente modulo.