

Al Sig. SINDACO DEL COMUNE DI

BERRA

OGGETTO: RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI - art. 381 del Regolamento al C.d.S. D.P.R. n. 495/92 aggiornato dal D.P.R. n. 610/96 e dal D.P.R. n. 503/96 -.

La/Il sottoscritt_____ nata/o a _____
il _____ residente a _____
via_____ n. _____ avendo capacità di
deambulazione sensibilmente ridotta

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 del regolamento di esecuzione al C.d.S. n. 495/92, il **RINNOVO del contrassegno speciale invalidi n. _____, ai sensi della normativa vigente.**

Allega a questo scopo certificazione del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla legge 31/12/96, n. 675 (c.d. Legge sulla privacy) e successive modifiche ed integrazioni avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge;
- di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base delle dichiarazioni non veritiere;
- che l'uso dell'autorizzazione è personale;
- che non è in possesso di uguale autorizzazione rilasciata da altro Comune;
- che il contrassegno deve essere restituito in caso di decadenza (decesso, trasferimento di residenza in altro Comune, ecc.).

Berra,

firma

.....