

Marca da bollo da
Euro 16,00 solo
se
TEMPORANEO



Comune di Strambino (TO)
Città Metropolitana di Torino
COMANDO DI POLIZIA MUNICIPALE
Piazza Municipio n.1 - 10019 Strambino (TO) 0125-636651 /0125-636652
vigili@comune.strambino.to.it - polizia.comune.strambino@legalmail.it

RICHIESTA RILASCIO PERMESSO INVALIDI

Ai sensi del D.P.R. 384 del 27/04/1978 e D.P.R. 495 del 16/12/1992

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via/Piazza _____

Recapito telefonico _____

CHIEDE

la concessione del contrassegno di cui all'art. 381 del D.P.R. n° 495 – 16/12/92;

il rinnovo del contrassegno N°

IN NOME E PER CONTO PROPRIO

PER IL/LA SIG/SIG.RA _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via/Piazza _____

(ALLEGANDO DELEGA DELL'INTERESSATO/A)

Avente capacità ridotta alla deambulazione, come risulta dall'allegata certificazione rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L.

Strambino, _____

IL RICHIEDENTE/DELEGATO

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E/O SENSIBILI, AI SENSI DELL'ART. 13 DEL
REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR).**

La informiamo che il Titolare del trattamento è il Comune di Strambino, Piazza Municipio 1, email: comune.strambino@legalmail.it , cui potrà rivolgersi con richiesta scritta per esercitare i Suoi diritti (accesso, rettifica, limitazione dei dati, cancellazione). Ha inoltre il diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo come previsto dall'art. 15 del Reg. UE n. 2016/679. Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo email sopra indicato. Finalità: il trattamento dei dati è necessario per gestire la sua richiesta di rilascio / rinnovo permesso di circolazione e per le eventuali comunicazioni del caso. In mancanza dei dati o del consenso non saremo in condizioni di procedere. Comunicazione: oltre agli uffici del titolare dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati (ditte o consulenti) incaricati dal Comune, a termini di contratto, per finalità connesse con il presente trattamento. I dati non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione europea. Conservazione: i suoi dati saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. Non viene effettuata la profilazione di cui all'art. 22 del Regolamento citato. E' esclusa la portabilità dei dati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E/O SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a Essendo stato informato dell'identità del titolare del trattamento dei dati, delle misure e modalità in cui il trattamento avviene, delle finalità del trattamento e dei diritti alla revoca del consenso, così come indicato ai punti dell'informativa sui dati personali e/o sensibili, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali e/o sensibili

Strambino, _____

Il richiedente/ delegato

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1. CERTIFICAZIONE (IN ORIGINALE) RILASCIATA DALL'UFFICIO DI MEDICINA LEGALE;**
- 2. COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE;**
- 3. N° 2 FOTOGRAFIE FORMATO FOTO-TESSERA DEL RICHIEDENTE;**
- 4. MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00 SE TEMPORANEO.**

in caso di richiesta su delega allegare INOLTRE:

- 1. DELEGA IN ORIGINALE;**
- 2. DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO.**