



# COMUNE DI B U S S O

## Provincia di Campobasso

86010 Via Alessandro Manzoni , 5 Tel. 0874 – 447133 Fax 0874 – 447951 CF 00172190704  
E mail : [comune.busso@virgilio.it](mailto:comune.busso@virgilio.it) sito web : [www.comune.busso.cb.it](http://www.comune.busso.cb.it)

Protocollo

Marca da Bollo  
€. 16,00

### **CONTRASSEGNO SPECIALE DI CIRCOLAZIONE - MODULO PER LA RICHIESTA**

Art.381 del D.P.R. 495/92 aggiornato dal D.P.R. 610/96 e dal D.P.R. 503/96

(Se il richiedente è maggiorenne)

IL/LA SOTTOSCRITTO / A: \_\_\_\_\_

NATO / A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE A : \_\_\_\_\_ IN VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ , CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

(Se la richiesta riguarda i minori)

GENITORE DI: \_\_\_\_\_

NATO / A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE A : \_\_\_\_\_ IN VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ , CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### **C H I E D E   I L**

*Rilascio*    *Rinnovo (Contrassegno N.\_\_\_\_\_)*    *Duplicato per: \_\_\_\_\_*

del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone diversamente abili.

In allegato produce:

- In caso di RILASCIO, il certificato medico rilasciato dalla Commissione Medica dell' A.S.R.E.M. di Campobasso per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità, attestante una sensibile riduzione delle capacità di deambulazione;*
- In caso di RINNOVO, il certificato rilasciato dal medico curante che attesti la permanenza delle pregresse condizioni mediche.*

### **D I C H I A R A**

- che l'autorizzazione sarà ad esclusivo uso personale;
- di non essere in possesso di altra autorizzazione rilasciata da altro comune;

## SI OBBLIGA

- a restituire l'autorizzazione in caso di decadenza dei diritti che ne hanno consentito il rilascio;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella presente richiesta;
- a restituire l'autorizzazione in caso di trasferimento di residenza in altro comune.

Data \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente

---

### **Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196, “Codice in materia di protezione dei dati personali”.**

I dati relativi al presente procedimento amministrativo sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza contenute nel D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni. I dati sono archiviati e trattati sia in formato cartaceo che in supporto informatico nel rispetto delle misure minime di sicurezza di cui al D.P.R. 318/1999 e successive modifiche e integrazioni. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presentando idonea richiesta al Comune di Busso

### **INFORMAZIONI PER IL RILASCIO**

- *Domanda in carta semplice per la richiesta ed il rinnovo di autorizzazioni aventi carattere permanente (validità 5 anni);*
- *Domanda in bollo per la richiesta ed il rinnovo di autorizzazioni aventi validità inferiore a 5 anni (sono necessarie 2 marche da bollo del valore di € 16,00, da apporre una sulla richiesta ed una sul contrassegno)*
- *Nel caso di primo rilascio, certificazione medica rilasciata dalla A.S.R.e.M. Zona di Campobasso – Dipartimento di Prevenzione attestante una sensibile riduzione della capacità di deambulazione al fine del rilascio “contrassegno invalidi”;*
- *In caso di rinnovo, certificato rilasciato dal medico curante che attesti la permanenza delle pregresse condizioni mediche;*
- *Versamento della somma di €. 10,00 sul c.c.p. n. 14748867 intestato al Comune di Busso Servizio Tesoreria, da effettuare sia in caso di rilascio che di rinnovo;*
- *Foto Tessera del richiedente;*