



All'Area V Sociale-Demografia Comune di Castelnuovo di Porto
P.za V. Veneto n.16
00060 Castelnuovo di Porto

MODULO DI RICHIESTA DUPLICATO
CONTRASSEGNO INVALIDI

La/il sottoscritta/o.....

C.F..... nata/o il a

..... Prov Residente a

Castelnuovo di Porto in tel

.....

Barrare la casella corrispondente:

In qualità di: ☐ intestatario; ☐ curatore; ☐ tutore; ☐ amministratore di sostegno (art. 5
D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

di , nato a il

C.F..... , residente a Castelnuovo di Porto

..... tel

C H I E D E

IL **DUPLICATO del contrassegno** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio

delle persone invalide (Art. 381 del DPR 495/92) N..... rilasciato nell'anno ,

- ☐ **Furto/smarrimento (allegare denuncia carabinieri)**
- ☐ **Deterioram**

ento A tale scopo

allega:

- 1) Copia Documento d'identità del richiedente;
- 2) 2 Fotografie formato tessera del richiedente

ADEMPIMENTI LEGGE PRIVACY

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge. Il Titolare del Trattamento è il Comune di Canegrate Via Manzoni n° 1 20010 Canegrate (MI). I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio dell'autorizzazione da Lei richiesta e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Canegrate. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non renderà possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalità cartacea ed informatizzata. Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs 196/03 che potrà esercitare presso l'indirizzo del Comune di Canegrate. Letta e compresa l'informativa sopra riportata dò il consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 per le finalità indicate.

Data, _____;

firma del richiedente