



N.

--

Prot. PL _____ del _____

**AI SINDACO del Comune di
SUELLI (CA)**

**Domanda per il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo
C.U.D.E.**

ai sensi del comma 3° art. 381 D.P.R. n.495/92, aggiornato al D.P.R. del 30 Luglio 2012, n. 151

Sotto la mia personale responsabilità e conscia/o delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritta/o

DICHIARO

DATI ANAGRAFICI

Codice Fiscale															
Cognome e Nome															
Data e luogo di nascita															
Luogo di residenza ed indirizzo															
Telefono				Cellulare				Tel riferimento							

di avere ridotte capacità deambulatorie

di essere il tutore a norma di legge di

Compilare solo nel caso di persona con tutore legale

Codice Fiscale															
Cognome e Nome															
Data e luogo di nascita															
Luogo di residenza ed indirizzo															

CHIEDO

per suo nome e conto CHIEDO

rilascio nuovo contrassegno disabili

rinnovo contrassegno disabili n. _____

DELEGA (compilare solo se necessario)

DELEGO alla presentazione della domanda il/la sig/sig.ra:															
Cognome e Nome															
Data e luogo di nascita												Telefono			

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 per le finalità di gestione di rilascio dell'autorizzazione richiesta.

SEGUE >>

Avvertenza: La persona delegata deve identificarsi al personale tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA già compilata e sottoscritta dal delegante e NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale

ALLEGRO

PER NUOVO CONTRASSEGNO A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO O RINNOVO A TEMPO DETERMINATO

1. copia della **Certificazione Medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale** di appartenenza, attestante la capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta (ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 495/92), o cecità totale (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96). Oppure in alternativa al suindicato certificato: **Verbale** della *commissione medica integrata* di cui all'art. 20 del D.L. 01/07/2009 N. 78, convertito con modificazioni dalla legge 03/08/2009 N. 1002, il quale riporti l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al c. 2 dell'art. 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16/12/1992 n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96). Per le persone invalide a tempo determinato, per infortunio o per altre cause patologiche, la certificazione anzidetta deve specificare il presumibile periodo di durata dell'invalidità;
2. copia fotostatica documento d'identità fronte retro e dell'eventuale delegato
3. contrassegno scaduto di validità
4. 2 foto formato tessera

PER RINNOVO CONTRASSEGNO A TEMPO INDETERMINATO (DURATA MASSIMA 5 ANNI)

1. certificato medico curante in originale attestante il persistere delle difficoltà di deambulazione
2. copia fotostatica documento d'identità fronte retro e dell'eventuale delegato
3. contrassegno scaduto di validità
4. 2 foto formato tessera

Data _____

Firma leggibile _____

Contrassegno ritirato dal richiedente

dal delegato _____

in data _____

Firma per ricevuta _____

AVVERTENZE:

- **Esente bollo nel solo caso di invalidità permanente ai sensi art. 13-bis tab. allegato B del D.P.R. 26.10.1972 n. 642** (come modificato dalla L. 23 Dicembre 2000 N. 388, art. 33 comma 4 let. C)
- Nel caso **rilascio temporaneo** l'istanza dovrà essere corredata da **marca da bollo di € 16,00**
- Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.vo n. 196/2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali", il richiedente dichiara di aver ricevuto informazioni sul trattamento dei dati contenuti nel presente modello e che gli stessi saranno utilizzati nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza quale è tenuta la Pubblica Amministrazione.
- Copia della presente viene rilasciata al richiedente in segno di ricevuta e come comunicazione di avvio del procedimento ai sensi degli artt. 7 e 8 L. 241/90 al fine dei quali si comunica:
 - a) Amministrazione competente: Comune di Suelli;
 - b) Oggetto del procedimento : istanza di contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio di persone invalide;
 - c) Ufficio e Persona responsabile del procedimento: Ufficio Polizia Locale, Responsabile Procedimento incaricato.