



AI COMANDANTE della POLIZIA MUNICIPALE
di SAN BENEDETTO DEL TRONTO

RICHIESTA di rilascio del CUDE - Contrassegno Unificato Disabili Europeo -

(Art. 381 D.P.R. 16 dicembre 1992 n. 495 mod. D.P.R. 30 luglio 2012 n. 151)

PRIMO RILASCIO RINNOVO DUPLICATO

barrare la casella relativa alla propria situazione

La/Il sottoscritto/a _____ (Nome) _____ (Cognome)

nata/o a _____ (Prov.) il / /

residente a _____

Via/P.za _____ N. _____

Cod. Fisc.

Tel _____ cellulare _____ e-mail _____

Incollare
foto tessera
dimensioni
mm 35*40

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci derivanti dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi**, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, **che giustificano la presente richiesta e dichiara la rispondenza all'originale dei documenti allegati e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.**

CHIEDE

barrare la casella relativa alla propria situazione

per proprio conto

in qualità di Tutore Esercente la patria potestà del minore Altro _____

In nome e per conto del/la del Sig./ra _____ (Nome) _____ (Cognome)

nata/o a _____ (Prov.) il / /

residente a _____

Via/P.za _____ N. _____

Cod. Fisc.

IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE di cui all'articolo 381 del regolamento di attuazione del Codice della strada per la circolazione e la sosta del veicolo al proprio servizio con validità :

temporanea per anni / mesi

permanente

nonché il relativo contrassegno da esporre sui veicoli a servizio di persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

POLIZIA MUNICIPALE

Allega:

- Certificato medico rilasciato dall'Area operativa medicina legale A.S.U.R. MARCHE Area vasta n.5, dal quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha **effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta, ovvero è non vedente** (art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96);
- **Verbale della commissione medica integrata** di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che riporti anche **l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi** di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni (anche per la categoria non vedenti - art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96)
- Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente
- Una foto tessera delle dimensioni mm 35*40 oltre a quella applicata alla presente domanda.

il RINNOVO dell'autorizzazione n. _____ che scade il _____
(solo per i contrassegni aventi validità 5 anni)

Allega:

- Certificato medico rilasciato dal proprio medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;
- L'autorizzazione ed il contrassegno scaduti di validità
- Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente
- Una foto tessera delle dimensioni mm 35*40 oltre a quella applicata alla presente domanda.

il DUPLICATO del CUDE n. _____ del _____ a causa di :

deterioramento **furto** **smarrimento**

Allega:

- In caso di smarrimento o furto: **la denuncia di smarrimento o furto.**
- In caso di deterioramento: **il contrassegno deteriorato.**
- Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente
- Una foto tessera delle dimensioni mm 35*40 oltre a quella applicata alla presente domanda.

CHIEDE inoltre, in quanto impossibilitato dalla propria disabilità, a recarsi gli uffici comunali, che lo stesso gli venga sottoposto per la firma e consegnato, presso la propria residenza/domicilio, come innanzi indicata, nel giorno stabilito dall'ufficio per le consegne, previo appuntamento telefonico ed a tal proposito garantisce la propria presenza nell'alloggio.

OPPURE selezionare il punto di firma e di ritiro prescelto, fra le seguenti opzioni:

- "Servizio Mobilità, Viabilità e TPL" Il° Piano - P.zza C. Battisti n.1
- "U.R.P." - V.le De Gasperi n.124
- "U.R.P. Delegazione PDA" - Via Turati n.2

DICHIARA:

1. di essere a conoscenza che il contrassegno che rende nota l'autorizzazione è personale;
2. di non essere in possesso di uguale contrassegno rilasciato da altro Comune;
3. di essere a conoscenza che il contrassegno deve essere restituito in caso di scadenza di validità o, a cura degli eredi, in caso di decesso del titolare.

Data _____

_____ *firma*

Informativa ai sensi degli art. 13 e art. 23 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196.

I dati da Lei forniti con la presente istanza verranno trattati esclusivamente per la valutazione in merito alla concessione dell'autorizzazione e del contrassegno, come da Lei richiesti. Il trattamento dei dati verrà effettuato manualmente e in maniera informatica. I dati dichiarati sono utilizzati per l'istruttoria dell'istanza finalizzata all'emanazione del provvedimento finale che la riguardano e il relativo trattamento viene effettuato con strumenti cartacei e strumenti elettronici in dotazione a questo ufficio. Il conferimento dei dati è facoltativo, l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di accedere al servizio. I dati forniti sono raccolti agli atti dal Comune di San Benedetto del Tronto e accessibili dai soggetti autorizzati dallo stesso, inoltre possono essere comunicati ad altri soggetti autorizzati esclusivamente per finalità di interesse pubblico. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003.

Il titolare del trattamento dei dati è : Amministrazione comunale di San Benedetto del Tronto.

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n.196/03.

Data _____

_____ *firma*