COMUNE CELLE DI BULGHERIA

Ufficio di Polizia Municipale

E-mail: poliziamunicipale@comunecelledibulgheria.it Pec: poliziamunicipale@pec.comunecelledibulgheria.it

Via Canonico de luca 155 84040 Celle di Bulgheria Salerno C.F. 84001600653 P.Iva 00775960651

Provincia di Salerno **Regione Campania** Parco Nazionale del Cilento e Vallo di Diano

Prot.

Istanza di rilascio / rinnovo / duplicato del Contrassegno Unico Disabili Europeo (CUDE).
(Ai sensi dell'art. 188 del D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e dell'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 e s.m.i.)

Al Sig. Sindaco
del Comune di Celle di Bulgheria
Ufficio Polizia Municipale

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov. (____) Il: ____/____/_____ Sex: [ ] M [ ] F

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____ Prov. (____)

Via/Piazza: _____ N. _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail / PEC: _____

in qualità di (selezionare la casella d'interesse):

[ ] Diretto interessato

[ ] Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Amministratore di sostegno / Delegato di:
Cognome: _____ Nome: _____
Nato/a a: _____ Il: ____/____/_____ C.F.: _____

CHIEDE

il rilascio del Contrassegno Unico Disabili Europeo (CUDE) di cui alla figura V4 del D.P.R. 495/1992, per la seguente motivazione:

[ ] PRIMO RILASCIO PERMANENTE (validità 5 anni) come da verbale della Commissione Medica allegato.

[ ] PRIMO RILASCIO TEMPORANEO fino al ____/____/_____ (indicare la data riportata sul verbale medico allegato).

[ ] RINNOVO DI CONTRASSEGNO SCADUTO (allegando il contrassegno originale n. _____ scaduto il ____/____/_____).

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETÀ
(Articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità:

1. DICHIARA di avere diritto al suddetto contrassegno in quanto persona con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, ovvero non vedente, o affetta dalle patologie o condizioni invalidanti certificate dalla documentazione sanitaria allegata.

2. DICHIARA di essere a conoscenza che il contrassegno disabili è strettamente personale, non è vincolato a uno specifico veicolo, ed è utilizzabile esclusivamente quando il titolare è a bordo del mezzo.
3. DICHIARA di non aver presentato analoga istanza di rilascio presso altri Comuni del territorio nazionale e di non essere in possesso di altro contrassegno in corso di validità.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE:

[ ] Copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente (e dell'eventuale tutore/delegato);

[ ] N. 2 fotografie recenti formato tessera identiche del soggetto avente diritto al contrassegno;

[ ] Copia del verbale della Commissione Medica Integrata (INPS/ASL) attestante espressamente i requisiti sanitari necessari per il rilascio del contrassegno speciale ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. 495/1992;

[ ] Certificato medico originale redatto dal medico curante (solo in caso di rinnovo quinquennale di contrassegno permanente, che attesti il persistere delle condizioni sanitarie);

[ ] Contrassegno originale (in caso di rinnovo o deterioramento) o copia della denuncia di smarrimento/furto;

[ ] Marca da bollo vigente (esclusivamente per i contrassegni a carattere temporaneo).

Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR): I dati personali forniti con la presente istanza sono trattati dall'Ente esclusivamente per le finalità istruttorie legate al rilascio del titolo amministrativo e alla gestione delle relative agevolazioni sulla mobilità.

Luogo e Data: Celle di Bulgheria, lì ____/____/_____

Firma del richiedente (o del tutore/esercente)

_____