

#  P O L I Z I A M U N I C I P A L E

**Spazio riservato al protocollo**

**Mod. PM 2012 1EU**

**Al 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 sottoscritta/o (Nome) (Cognome)

nata/o a (\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

residente a

Via/P.zza n.

Cod. Fisc.

Telefono Cellulare e-mail

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 (\_\_\_\_\_) il / /

residente a

Via/P.zza 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.**



# P O L I Z I A M U N I C I P A L E

### 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 x mm.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” II° Piano – P.zza C. Battisti n.1.

 “U.R.P.” – V i a l e A. . D e G a s p e r i n . 1 2 4.

# 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 e’ 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*

Ufficio Mobilità e Viabilità – Piazza C. Battisti n. 1 - mail: ufficiomobilitaetraffico@comunesbt.it – tel 0735794234-5