

Al Sig. Sindaco
del Comune di Trecate

Marca da bollo

**RICHIESTA DI RILASCIO C.U.D.E. (Contrassegno Unificato Disabili Europeo)
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI.**

Il/la sottoscritto/a Tel. / Cell.

nato/a il / / a (.....)

residente a in Via/P.za n°

In qualità di :

Richiedente

Per conto di Tel. / Cell.

nato/a il / / a (.....)

residente a Trecate (NO) in Via/P.za n°

documento di identità..... n°.....

rilasciato in data / / da

essendo invalido con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o non vedente,

CHIEDE

che gli venga rilasciato lo speciale contrassegno, previsto dall'art. 381/2° comma del D.P.R. 16.12.1992, n° 495, nella seguente forma:

1° RILASCIO CONTRASSEGNO PERMANENTE (valido 5 anni) (NO MARCA DA BOLLO) e a tal fine allega:

- Certificato medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza, attestante la difficoltà alla deambulazione.
- Copia del Verbale della Commissione Medica Integrata di cui all'art. 20 del D.L. 78/2009, riportante l'esistenza dei requisiti sanitari per la richiesta di rilascio del contrassegno disabili di cui al comma 2 dell'art. 381 del D.P.R. 495/92, corredata della "Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà" sulla conformità all'originale della copia, recante la dichiarazione che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.
- 1 fotografia formato tessera (recente).

RILASCIO CONTRASSEGNO TEMPORANEO (valido meno di 5 anni) (2 MARCHE DA BOLLO €16,00) e a tal fine allega:

- Certificato medico-legale dell'A.S.L. di appartenenza, attestante la difficoltà alla deambulazione
- 1 fotografia formato tessera (recente).
- 2 marche da bollo da € 16,00.

RINNOVO CONTRASSEGNO PERMANENTE (valido 5 anni) (NO MARCA DA BOLLO) e a tal fine allega:

- Certificato del **medico curante** attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno.
- 1 fotografia formato tessera (recente).
- Contrassegno scaduto n°..... rilasciato in data/...../..... dal Comune di

DUPLICATO CONTRASSEGNO PERMANENTE / TEMPORANEO PER:
PERM. (NO MARCA DA BOLLO); TEMP. (2 MARCHE DA BOLLO) e a tal fine allega:

- Deterioramento**
- Smarrimento**
- Furto**

- Copia denuncia di smarrimento/furto del contrassegno presentato all'autorità giudiziaria.
- Contrassegno deteriorato n°..... rilasciato in data/...../..... dal Comune di
- 1 fotografia formato tessera (recente).
- 2 marche da bollo da € 16,00.

Trecate, li / /

IL RICHIEDENTE

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DI COPIA**

(Art. 19 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a (.....) il/...../.....

Residente a in Vian°.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

D I C H I A R A

1. che l'allegata copia del Verbale della Commissione Medica Integrata (art. 20 D.L. 78/2009) è conforme all'originale.
2. Che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Trecate, li/...../.....

Il dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo