

Marca da bollo  
€. 16,00  
Solo per  
autorizzazione  
temporanea



Ill.mo Sig. Sindaco  
del Comune di Cisano sul Neva  
Via A.Colombo, 53  
17035 CISANO SUL NEVA (SV)

## Istanza - Rilascio Contrassegno Unico Disabili Europeo (CUDE)

I \_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

in qualità di  richiedente <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali

che si applicano in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'Art 26 Legge n. 15 del. 4.01.1968, **dichiara** :

di essere <sup>2</sup> che \_\_ I \_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_ )

il \_\_\_\_\_ residente in Cisano sul Neva ( SV ) in \_\_\_\_\_

(☎ \_\_\_\_\_) - cell. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**affetto da invalidità:**

**Permanente**

**Temporanea:** (inferiore ad anni 5 non è previsto il rinnovo, ove occorre, deve essere richiesto un nuovo rilascio allegando la certificazione dell'ufficio medico legale dell'ASL competente).

◆ **ALLA CONSEGNA DEL CONTRASSEGNO PORTARE ULTERIORE MARCA DA BOLLO DA € 16,00**

**pertanto**, ai sensi del DPR n. 151/2012 e dell'art. 381, comma 3 del DPR n. 495 del 16/12/92, così come modificato dal DPR n. 610 del 16/9/96 chiede il:

**Rilascio del contrassegno allegando n. 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali.**

- Allegare il certificato, rilasciato dall'ufficio medico – legale dell'ASL competente per territorio, attestante l'effettiva ridotta capacità di deambulazione.

**Rinnovo del contrassegno n. \_\_\_\_\_ allegando n. 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali.**

- Allegare il certificato, rilasciato dal medico curante attestante il persistere delle condizioni di ridotta capacità di deambulazione che hanno dato luogo al rilascio.

**Duplicato del contrassegno n. \_\_\_\_\_ allegando n. 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali.**

- Smarrimento o furto (allegare la relativa denuncia).
- Deterioramento (riconsegnare il tagliando deteriorato).

**DA ESPORRE SUL VEICOLO IN USO, PER POTER USUFRUIRE DELLE APPOSITE STRUTTURE DESTINATE AD AGEVOLARE LA MOBILITÀ DELLE PERSONE DISABILI**

**Allega:**

- N. 2 (due) fototessere recenti e senza occhiali;
- certificato dell'Ufficio medico legale dell'ASL competente per territorio;
- certificato del medico curante;
- fotocopia documento d'identità del minorato (in caso di istanza presentata dal curatore/tutore);
- denuncia di \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

**Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 10 e 17 della Legge 31.12.1996 per le finalità di gestione della presente istanza**

Cisano Sul Neva, li \_\_\_\_\_

Con osservanza \_\_\_\_\_

➤ L'IMPOSTA DI BOLLO E' DOVUTA SOLTANTO NEL CASO IN CUI L'INVALIDITA' RICONOSCIUTA DALLA STRUTTURA SANITARIA SIA A CARATTERE TEMPORANEO, OLTRE ALLA PRODUZIONE DI UN'ALTRA MARCA DA BOLLO DA APPORRE SUL CONTRASSEGNO ALL'ATTO DEL RILASCIO.

➤ **N.B.: PER IL RITIRO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI, STANTE L'OBBLIGO DELLA FIRMA SULLO STESSO, L'INVALIDO DEVE RECARSI PERSONALMENTE PRESSO IL COMANDO DI P.L. PER RITIRARE IL PREDETTO TESSERINO AL FINE DI ADEMPIERE A QUANTO STABILITO DAL D.P.R. 30.07.2012 N. 151.**

BARRARE LA VOVE OCCORRENTE:

<sup>1</sup> Se persona diversa dal disabile, specificare il titolo (Esercente la potestà – Tutore legale – Curatore) ed allegare l'attestazione inerente.

<sup>2</sup> Inserire i dati della persona disabile.