



## COMUNE DI MALTIGNANO

Provincia di Ascoli Piceno

VIA NUOVA 5 – 63085 MALTIGNANO (AP)

Tel. 0736/304122-304457

email: [poliziamunicipale@comune.maltignano.ap.it](mailto:poliziamunicipale@comune.maltignano.ap.it)

pec: [anagrafe.comune.maltignano@emarche.it](mailto:anagrafe.comune.maltignano@emarche.it)

**POLIZIA MUNICIPALE**

Spazio riservato al protocollo

AI RESPONSABILE della POLIZIA MUNICIPALE  
di MALTIGNANO (AP)

### 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 \_\_\_\_\_ (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.**



## COMUNE DI MALTIGNANO

Provincia di Ascoli Piceno

VIA NUOVA 5 – 63085 MALTIGNANO (AP)

Tel. 0736/304122-304457

email: [poliziamunicipale@comune.maltignano.ap.it](mailto:poliziamunicipale@comune.maltignano.ap.it)

pec: [anagrafe.comune.maltignano@emarche.it](mailto:anagrafe.comune.maltignano@emarche.it)

**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. \_\_\_\_\_ che scade il \_\_\_\_\_ 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.

### 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 Maltignano 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 Maltignano.

**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