



N.

Arrivo Prot. n. _____ del _____

Domanda per il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo C.U.D.E.

Ai sensi del comma 3° art. 381 D.P.R. n. 495/'92, aggiornato al D.P.R. del 30 Luglio 2012, n. 151

Io sottoscritto/a

DATI ANAGRAFICI

Codice Fiscale																
Cognome e Nome																
Data e luogo di nascita																
Residente a Valeggio sul Mincio in Via																
Telefono							Cellulare					Telefono di riferimento				

Sotto la mia personale responsabilità e conscio/a delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 io sottoscritto/a

DICHIARO

☐ di avere ridotte capacità deambulatorie

☐ di essere il tutore a norma di legge di

Compilare solo nel caso di persona con tutore legale

Codice Fiscale																
Cognome e Nome																
Data e luogo di nascita																
Residente a Valeggio sul Mincio in Via																

☐ CHIEDO

☐ per suo nome e conto CHIEDO

☐ rilascio nuovo contrassegno disabili

☐ rinnovo contrassegno disabili n. _____

DELEGA (compilare solo se necessario)

DELEGO alla presentazione della domanda e/o al ritiro del permesso il/la sig./sig.ra:																
Cognome e Nome																
Data e luogo di nascita												Telefono				

La persona delegata deve identificarsi al personale tramite esibizione di un documento valido per il riconoscimento. Si avverte che la persona delegata è autorizzata ALLA SOLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA già compilata e sottoscritta dal delegante e NON SARANNO ACCETTATE CORREZIONI e/o integrazioni anche se apposte alla presenza del personale ed è altresì autorizzata al RITIRO del permesso SOLO ED ESCLUSIVAMENTE sia già stato precedentemente FIRMATO dal titolare.

Esente da bollo ai sensi art. 16 tab. allegata B del D.P.R. 26.10.1972 N. 642

SEGUE >>

ALLEGO

PER NUOVO CONTRASSEGNO

- Certificato medico in originale rilasciato dal medico del Distretto Sanitario di appartenenza, dal quale risulti che nella visita medica è stato accertato che la persona per la quale viene chiesto il contrassegno ha titolo ai sensi dell'art. 381 DPR 495/1992, OVVERO verbale della commissione medica integrata ai sensi dell'art. 4 Legge 35/2012, dove sia specificato che l'interessato ha diritto al contrassegno;
- Fotocopia del documento d'identità fronte e retro dell'avente diritto e dell'eventuale delegato;
- 2 foto a colori, formato tessera, uguali e recenti dell'avente diritto.

Per rinnovo contrassegno

PERMANENTE

- Certificato in originale del medico curante che confermi il persistere delle difficoltà di deambulazione;
- Fotocopia del documento d'identità fronte e retro dell'avente diritto e dell'eventuale delegato;
- 2 foto a colori, formato tessera, uguali e recenti dell'avente diritto.

TEMPORANEO

- Certificato medico in originale rilasciato dal Distretto Sanitario di appartenenza, nel quale dovrà essere indicato **il periodo di validità**;
- Fotocopia del documento d'identità fronte e retro dell'avente diritto e dell'eventuale delegato;
- 2 foto a colori, formato tessera, uguali e recenti dell'avente diritto.

Data _____

Firma leggibile (1) _____

Contrassegno ritirato ☐ dal richiedente

☐ dal delegato _____

in data _____

Firma per ricevuta _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:
sottoscritta dall'interessato in presenza dell'operatore addetto;
ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).