



RICHIESTA/RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI
NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE - ESENTE BOLLO (D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 37 c. 1)

Prot. _____ del _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in _____

tel. _____ cell. _____

valendosi della facoltà stabilita dall'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle pene previste dall'art. 76 del succitato Decreto e della decadenza dei benefici in caso di dichiarazioni mendaci non veritiere, a norma dell'art. 75 stesso decreto, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere ☐ familiare ☐ altro _____

del/la diversamente abile _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in _____

tel. _____ cell. _____

CHIEDE

L'attribuzione del numero univoco associato al contrassegno unificato disabili europeo rilasciato da codesto ufficio e di cui è titolare, per l'accesso alla Piattaforma unificata nazionale informativa dei CUDE, di cui all'art. 1, co. 489 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Indica di seguito il numero di targa del veicolo destinato al proprio servizio, ai sensi dell'art. 188 Codice della strada:

tipo di veicolo _____ targa _____

Eventuale secondo veicolo utilizzabile per il medesimo servizio nel caso di indisponibilità del precedente, previa attivazione del suo abbinamento con il codice unico accedendo mediante SPID, CIE o CNS ad una apposita funzione informatica accessibile dal sito www.ilportaledell'automobilista.it, dall'APP IO ed eventualmente, anche da un'altra applicazione per dispositivi mobili.

tipo di veicolo _____ targa _____

Resta ferma la possibilità di procedere con la stessa modalità alla cancellazione di una o di entrambe le targhe suindicate, sostituendole con altre.

Ai sensi dell'art. 381 del regolamento di attuazione del nuovo C.S., l'autorizzazione al rilascio/rinnovo del contrassegno speciale disabili.

Allega alla presente:

- Copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (se l'atto non è sottoscritto in presenza del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio);
- N. 2 foto a colori formato tessera;
- certificato, rilasciata dall'ambulatorio di medicina legale, attestante che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta **O IN ALTERNATIVA** 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



COMUNE DI CASTEL SAN GIORGIO
PROVINCIA DI SALERNO

SETTORE II POLIZIA MUNICIPALE

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);

- certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio ai fini del solo rinnovo;

- ALTRO: _____

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003, "codice in materia dei dati personali", autorizza il Comune di Castel San Giorgio al trattamento dei dati sopra riportati e dichiara di essere informato dei diritti di cui all'art. 7 del summenzionato D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 spettanti.

Data _____

Firma _____