

Al Signor Sindaco del

Comune di

DOMANDA DI RINNOVO CONTRASSEGNO SOSTA DISABILI

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER IL RINNOVO DEL C.U.D.E. (Contrassegno Unificato Disabili Europeo) PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI (IN SCADENZA OPPURE SCADUTO)

(riportare in stampatello i dati dell'interessato)

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ (_____) il ____ / ____ / _____

residente a _____ (MO) in Via _____ n° _____ int. _____

Telefono abitazione e/o cellulare _____ / _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE IL RINNOVO

del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dell'autoveicolo al proprio servizio, ai sensi del DPR 495/1992 e del D.Lgs 151/2012, **in scadenza** oppure **scaduto il** ____ / ____ / ____ ed a tale scopo **ALLEGA:**

- certificato in originale, rilasciato dal medico di base, che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno (solo se il contrassegno in scadenza è stato rilasciato per 5 anni)
- 2 fotografie formato tessera a colori
- fotocopia documento d'identità valido
- fotocopia del contrassegno attualmente posseduto

E DICHIARA

di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/2003 sarà effettuato per i soli fini istituzionali e nei limiti di legge.

Data _____

Firma del richiedente (disabile o, se impossibilitato, del tutore/curatore)

.....

PER IL RITIRO DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE ALLEGARE ANCHE:

- delega firmata dal richiedente il contrassegno (disabile o, se impossibilitato, del tutore/curatore)
- fotocopia di un documento d'identità del delegato.

Firma e qualifica del delegato al ritiro del contrassegno _____