



Comune di Traversetolo

Provincia di Parma
Piazza Vittorio Veneto, 30
43029 Traversetolo

CUDE

Contrassegno Unificato Disabili Europeo

RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DEL CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO (CUDE)

CODICE A BARRE	ANNO:	
	PERMESSO NUMERO:	
	DOMANDA NUMERO:	
	(Spazio riservato all'ufficio)	

CATEGORIA CUDE



SPAZIO PER FOTO

Al Comune di Traversetolo

N.B.: La presente domanda va presentata in carta libera e il CUDE non è soggetto ad imposta di bollo

IL SOTTOSCRITTO (dati DISABILE o DELEGATO)

COGNOME *:	NOME *:
NATO A *:	IL (GG/MM/AAAA) *:
TIPO DOCUMENTO *:	NUMERO *:
RILASCIATO DA *:	IL (GG/MM/AAAA) *:
DATA SCADENZA *:	E-MAIL *:
TELEFONO (CELLULARE) *:	

RESIDENTE IN

VIA *:	CIVICO *:	CAP *:
COMUNE *:	PROVINCIA *:	

IN QUALITÀ DI

- Destinatario del contrassegno unificato disabili europeo richiesto (CUDE);
- Tutore (indicare gli estremi dell'atto) _____;
- Esercente la potestà genitoriale;
- Delegato dal disabile a rappresentarlo **per apporre la firma sul contrassegno europeo;**
- Delegato alla firma (art 4 D.P.R. 445/2000).

CHIEDE

- IL RILASCIO IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO (CUDE)
- IN NOME E PER CONTO PROPRIO IN NOME E PER CONTO DI: _____



Contrassegno Unificato Disabili Europeo

RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DEL CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO (CUDE)

SOLO dati del DISABILE

COGNOME *:	NOME *:
NATO A *:	IL (GG/MM/AAAA) *:
NUMERO CARTA IDENTITA' *:	RILASCIATO DA *:
IL (GG/MM/AAAA) *:	DATA SCADENZA *:
TELEFONO (CELLULARE) *:	E-MAIL *:

RESIDENTE IN

VIA *:	CIVICO *:	CAP *:
COMUNE *:	PROVINCIA *:	

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000; consapevole, altresì, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- che i dati e quanto sopra indicato corrispondono al vero;
- di essere a conoscenza che il CUDE è **strettamente personale**;
- di essere a conoscenza che il CUDE va esposto in modo evidente sul parabrezza del veicolo condotto o che trasporta il titolare del CUDE medesimo;
- di essere a conoscenza che il CUDE ha **validità di 5 anni**, fatto salvo per persone la cui invalidità è temporanea; in questo caso il CUDE è a tempo determinato;
- di restituire l'originale del contrassegno scaduto o da sostituire al momento del ritiro del nuovo CUDE;
- di essere a conoscenza e di accettare espressamente che è propria esclusiva responsabilità, anche ai fini delle eventuali contravvenzioni elevate, procedere al rinnovo del permesso richiesto alla scadenza dello stesso;
- di accettare l'invio di comunicazioni tramite e-mail e cellulare;
- di aver preso visione dell'informativa esibita e di autorizzare il Comune di Traversetolo al trattamento dei dati conferiti esclusivamente per gli scopi correlati alla presente richiesta, su base informatizzata e cartacea, quali archivi contenenti dati non sensibili, e ciò in base alla vigente normativa a tutela della riservatezza (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. - Regolamento UE n. 2016/679);

Traversetolo, lì _____

Firma
richiedente/delegato



INOLTRE, PRENDO ATTO CHE:

Nel caso di decadenza delle condizioni che hanno autorizzato il rilascio del permesso CUDE l'utente o i suoi familiari dovranno provvedere a restituire all'Ufficio Protocollo medesimo.

Traversetolo, li _____

Firma
richiedente/delegato

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

DOCUMENTI ALLEGATI ALLA RICHIESTA:

- Copia carta d'identità in corso di validità del disabile;
- due fototessera recenti del disabile, norme internazionali (ISO/IEC JTC 1/SC 37 N506);
- copia carta d'identità in corso di validità del delegato (in caso di soggetto delegato/tutore/patria potestà);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio per delega alla firma (art 47 del DPR 445/2000).
- dichiarazione di chi non sa o non può firmare redatta da Pubblico Ufficiale. (art 4 del DPR 445/2000).

PER IL PRIMO RILASCIO:

- Certificato rilasciato dal Medico Legale della AUSL attestante l'invalidità permanente o temporanea;
- In alternativa il verbale della legge 104 rilasciato dalla commissione medica che ha certificato la disabilità.

PER IL RINNOVO OVVERO PER LA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE CONTRASSEGNO CON IL CUDE:

- Contrassegno Disabili per la circolazione scaduto o da sostituire con il CUDE;
- certificato del medico curante attestante il permanere dell'invalidità non indicare patologie, (per rinnovo del contrassegno a tempo indeterminato);
- certificato rilasciato dal Medico Legale della AUSL (per rinnovo del contrassegno a tempo **determinato**).

Traversetolo, li _____

L'ADDETTO AL RITIRO DELLA DOMANDA

Firma
