

	
CORPO POLIZIA LOCALE	<b>Città di Milazzo</b> (Provincia di Messina)

<input type="checkbox"/> RINNOVO  <input type="checkbox"/> PRIMO RILASCIO
---

Spett. Comune di Milazzo  
 Via F. Crispi  
 98057 Milazzo (Messina)  
[protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it](mailto:protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it)

**OGGETTO: RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO di autorizzazione del CUDE "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili". (art. 381 del D.P.R. del 16.12.1992 n. 495, modificato dall'art. 1 del D.P.R. del 30.07.2012 n. 151) - MODELLO EUROPEO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

*parte da compilare SOLTANTO nel caso di modulo presentato per conto di altra persona obbligatorio in questo caso allegare la delega e la fotocopia documento identità del delegante e del delegato*

PER NOME E PER CONTO<sup>1</sup> DI \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76<sup>2</sup> e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

**DICHIARO DI AGIRE IN QUALITA' DI:**

- ESERCENTE LA POTESTA' SU MINORE (in caso di minore)
- TUTORE<sup>3</sup>
- DELEGATO

<sup>1</sup> Produrre documenti comprovanti la tutela  
<sup>2</sup> Si ricorda che ai sensi dell'articolo 71, e s.m.i., del citato D.P.R. 445/2000, le Amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'articolo 46.  
<sup>3</sup> Specificare e allegare la documentazione attestante la legittimazione alla richiesta per nome e per conto dell'interessato.

Valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76<sup>4</sup> e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità

### DICHIARO

di essere in possesso dei requisiti soggettivi per il rilascio del CUDE e di essere a conoscenza che l'uso del contrassegno è personale e che deve essere restituito dopo la scadenza o in caso di decesso.

### CHIEDO

**A) IL RILASCIO del contrassegno di parcheggio per disabili, ed a tal fine ALLEGO:**

- CERTIFICAZIONE MEDICA DI CAPACITA' DEAMBULATORIA SENSIBILMENTE RIDOTTA** rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale<sup>5</sup>, dalla 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.
- copia di documento valido di identità
- due **fotografie formato tessera** uguali e recenti
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

oppure, in alternativa ALLEGO

- Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità** (art. 20, del D.L. n. 78/2009, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 102/2009) che riporti anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (anche per la categoria non vedenti – art. 12, c. 3 D.P.R. 503/96).  
IL VERBALE è presentato in copia con Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa ai sensi dell'art.19 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, contenente , altresì che quanto attestato non è stato revocato , sospeso o modificato.
- copia di documento valido di identità
- due fotografie formato tessera uguali e recenti.
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

**B) IL RINNOVO del "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili", ed a tal fine ALLEGO:**

- certificato del medico curante** che attesti il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del precedente contrassegno.
- copia di documento valido di identità
- due **fotografie formato tessera** uguali e recenti
- informativa e consenso al trattamento dei dati personali art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e art. 13 reg. UE 679/ 2016 e succ modi ed integ.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA  
(abrogata ex art. 3 comma 10 legge 127/97)

(art. 47 DPR 28/12/2000 n. 445)

lo sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Sotto la sua personale responsabilità e conscio delle sanzioni penali previste dall'art. 76 commi 1, 2, 3 del DPR N. 445 del 28.12.2000 in caso di false dichiarazioni**

### DICHIARA

**ai sensi degli artt. 19 e 19 bis del D.P.R. n. 445/2000**

- che la copia qui allegata, ossia il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, è conforme alla certificazione originale da me detenuta e che quanto ivi attestato non è revocato, né sospeso o modificato alla data odierna.
- La Certificazione Medica di Capacità Deambulatoria Sensibilmente Ridotta che si allega, n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ è in copia conforme alla certificazione originale da me detenuta e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data odierna e non è stato revocato e né sospeso.
- La Copia del certificato del medico curante che si allega, è conforme alla certificazione originale da me detenuta del \_\_\_\_\_, dichiarativa della persistenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.
- Di essere alla data odierna degente in un Istituto.

Allega copia documento di identità  
rilasciato dal comune di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ scadenza il \_\_\_\_\_

Milazzo, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA  
(abrogata ex art. 3 comma 10 legge 127/97)

Spett. Comune di Milazzo  
Via F. Crispi  
98057 Milazzo (Messina)  
[protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it](mailto:protollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it)

OGGETTO: RESTITUZIONE "Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili" / COMUNICAZIONE DI SMARRIMENTO E/ O FURTO  
"Contrassegno di parcheggio per soggetti diversamente abili"

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

QUALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO \_\_\_\_\_

QUALE \_\_\_\_\_ DEL CONTRASSEGNO \_\_\_\_\_

RESTITUISCO/

NON RESTITUISCO

IN ALLEGATO

- il contrassegno in mio possesso:
  - perché scaduto
  - perché deteriorato
  - perché necessito del nuovo contrassegno mod. europeo
- il contrassegno sopraindicato a causa di:
  - Smarrimento (allego copia della denuncia)
  - furto (allego copia della denuncia)

A tal fine allego denuncia IN Originale presentata presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

II DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_