|  |  |
| --- | --- |
|  | **Descrizione: Milazzo**  **Città di Milazzo**  (Provincia di Messina) |
| **CORPO**  **POLIZIA LOCALE** |

□ RINNOVO

□ 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 CONTO1 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**2 **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)

□ TUTORE3

□ DELEGATO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¹ Produrre documenti comprovanti la tutela

² 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.

3Specificare 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**4 **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**

1. **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 Locale5, 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 sotitutiva 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)**

**Modello di : DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

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

Io 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**

**D I C H I A R A**

**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 persisetnza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio .

 Di essere alla data odierna degente in un Istituto.

Allega copia documento di identità

rilasciata dal comune di

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_scadenza il\_\_\_\_\_\_\_

Milazzo,lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Modello di restituzione Contrassegno**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_