

**Amministrazione destinataria**

Comune di Molfetta

Ufficio destinatario

Ufficio Polizia Locale

Richiesta di rilascio/rinnovi/duplicato CUDE (Contrassegno Unico Disabili Europeo)**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- ☐ il rilascio del contrassegno CUDE riservato alle persone con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta o impedita ai sensi dell'articolo 188 del Codice della Strada, per la circolazione e la sosta dei veicoli al proprio servizio, con validità
- ☐ permanente (massimo 5 anni)
- ☐ temporanea
- Fino al**
-
- ☐ il rinnovo del Contrassegno Unico Disabili Europeo
- Numero**
-
- ☐ il duplicato del Contrassegno Unico Disabili Europeo
- Numero**
-
- ☐ furto
- ☐ smarrimento
- ☐ deterioramento
- ☐ cambio modello/trasferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☒ di essere a conoscenza che il pass permanente è valido 5 anni. In caso di autorizzazione (pass) temporaneo, ha validità

limitata al periodo indicato sul contrassegno

- ☒ di essere a conoscenza che l'utilizzo del pass è subordinato esclusivamente all'attività di trasporto del disabile
- ☒ di essere a conoscenza che non si può essere in possesso di uguale autorizzazione (pass) rilasciata dal Sindaco di altro Comune
- ☒ di essere a conoscenza che il pass deve essere apposto sul parabrezza ed essere ben visibile. La mancata o irregolare esposizione sarà sanzionata a norma di legge
- ☒ di essere a conoscenza che è previsto il ritiro del pass, nonché eventuali sanzioni amministrative se utilizzato sèaduto di validità, sanzioni penali qualora contraffatto, art. 482-483-489 CP, ed il sequestro penale del pass, è quindi rilevante la presenza o l'assenza del disabile, determinante per accertare il dolo del trasgressore e la raffinatezza della produzione
- ☒ di essere a conoscenza che per quanto sopra il richiedente consapevole delle conseguenze giuridiche previste dalle vigenti norme, dichiara sotto la propria responsabilità che non sono state eseguite e possedute da terzi fotocopie del contrassegno consegnato
- ☒ di essere a conoscenza che il pass non potrà essere più utilizzato nel caso vengano a mancare i requisiti sopra dichiarati

SI IMPEGNA

- ☒ in caso di decesso dell'avente titolo, a riconsegnare il CUDE presso il Comando di Polizia Locale- Ufficio Pass Disabili

DELEGA

☐ Il delegato

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
		Cittadinanza

in qualità di

- ☐ coniuge
- ☐ figlio
- ☐ nuora
- ☐ genero
- ☐ fratello
- ☐ affine

DICHIARO INOLTRE

- ☒ di essere a conoscenza che al momento del ritiro del pass in Comune dovrò portare n.2 fototessere e, solo in caso di rilascio o rinnovo di pass temporaneo, n. 2 marche da bollo da 16 euro. I titolari di pass permanenti sono esenti da bollo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ certificato medico, in originale, rilasciato dall'ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza, attestante la effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta
- ☐ certificato, in originale, della Commissione per l'accertamento di invalidità, attestante la effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta
(rientrano nella categoria anche i non vedenti)
- ☐ fotocopia del documento d'identità del delegato al ritiro del pass
- ☐ certificato medico, in originale, rilasciato dal proprio medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno
- ☐ certificato medico, in originale, rilasciato dall' ufficio medico-legale dell'ASL di competenza, in caso di rinnovo di contrassegno avente validità inferiore a 5 anni, recante l'indicazione del periodo di proroga per il rinnovo
- ☐ il contrassegno scaduto di validità
- ☐ dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza
- ☐ contrassegno deteriorato e/o fuoricorso
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Molfetta

Luogo

Data

il dichiarante