



Comune di Scilla

Città Metropolitana di REGGIO CALABRIA

AREA VIGILANZA

MODELLO 1

ISTANZA RILASCIO CONTRASSEGNO DISABILI C.U.D.E. PERMANENTE/TEMPORANEO

(ART. 188 del D.L.gs. 285/92 e Art.381 D.p.r. Nr.495/92 e "ss.mm.ii. - Artt. 9 e 10 Regolamento comunale approvato con Delibera di C.C. n. 21 del 29-04-2022)

Al Comando Polizia Locale di Scilla

TRASMISSIONE A MEZZO:

- PEC protocollo.scilla@asmepec.it
- Deposito presso Ufficio protocollo Comune di Scilla
Piazza San Rocco
89058 - Scilla (RC)

OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO UNICO DISABILI EUROPEO (C.U.D.E.) PERMANENTE (5 ANNI) / TEMPORANEO (INF. 5 ANNI)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____ in
via/piazza _____ n° _____ Tel. _____,
n.q. di:

☐ **soggetto con disabilità riconosciuta;**

oppure

☐ **(es. tutore, curatore, procuratore, familiare - SPECIFICARE)** _____ del sig.
_____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ residente ad _____ in
via/piazza _____ n° _____ quale soggetto con disabilità
riconosciuta e nell'interesse dello stesso

CHIEDE

IL RILASCIO del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).



Comune di Scilla

Città Metropolitana di REGGIO CALABRIA

AREA VIGILANZA

A tale scopo allega la seguente documentazione:

DOCUMENTAZIONE MEDICA OBBLIGATORIA: *(barrare l'opzione che ricorre)*

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza attestante la ridotta capacità di deambulazione in via **permanente o temporanea**;
- Verbale ASL ai sensi dell'Art. 3/c. 3 della Legge 104/92 o verbale INPS ai sensi della Legge 102/09 a condizione che vi sia indicato che la persona ha "capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta" ex Art. 188 del D.Lgs. 285/92 e Art.381 D.p.r. Nr.495/92 e" ss.mm.ii." e che la pratica è "non rivedibile" (dicitura **REVISIONE NO**);
- DECRETO DI OMOLOGA del requisito sanitario richiesto, emesso dal Tribunale di competenza;

DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA OBBLIGATORIA:

- Copia del documento d'Identità del richiedente disabile;
- Eventuale copia del Documento d'Identità del curatore/tutore o altro soggetto legittimato a curarne gli interessi;
- Nr. 2 Fotografie in formato tessera (da apporre una sul retro dell'autorizzazione e una sull'istanza);
- Copia quietanza di pagamento di € 5,00 a titolo di rimborso spese d'istruttoria su C.C. 12502894 intestato a Comune di Scilla – servizio tesoreria – causale "Diritti d'istruttoria RICHIESTA RILASCIO CONTRASSEGNO DISABILI EUROPEO"

Data, _____

Firma del richiedente

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere. Qualora cessassero, per qualsiasi motivo, di sussistere le condizioni per le quali è stata concessa l'area di sosta riservata, il richiedente, o chi per esso, darà tempestiva comunicazione scritta, da consegnare all'Ufficio Vigilanza del Comune di Scilla, al fine di non incorrere nelle sanzioni di legge previste. Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data, _____

Firma del richiedente

N.B. Si rammenta che a norma **dell'Art. 1 del D.P.R. 151/2012**, che prevede l'apposizione della firma del disabile sul nuovo modello di contrassegno, non è possibile procedere al rilascio per delega.