



### Amministrazione destinataria

Comune di Cassina de' Pecchi

### Ufficio destinatario

Polizia Locale

## Domanda di rilascio del contrassegno unificato disabili europeo (CUDE)

### 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

### in qualità di (\*)

Ruolo

Grado di parentela (\*):

diretto intestatario, coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

### CHIEDE

| <input type="radio"/>       | il rilascio del contrassegno unificato disabili europeo  |                             |                  |  |  |
|-----------------------------|--|-----------------------------|------------------|--|--|
| <input type="radio"/>       | il duplicato del contrassegno unificato disabili europeo a causa di smarrimento o furto  |                             |                  |  |  |
|                             | <b>pertanto allega copia della dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza</b>  |                             |                  |  |  |
| <input type="radio"/>       | il rilascio del contrassegno unificato disabili europeo  |                             |                  |  |  |
|                             | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numero contrassegno scaduto</th> <th>Data di scadenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Numero contrassegno scaduto | Data di scadenza |  |  |
| Numero contrassegno scaduto | Data di scadenza   |                             |                  |  |  |
|                             |  |                             |                  |  |  |

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 residente nel Comune di Cassina de' Pecchi
- di essere una persona con effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992, n. 495, art. 381)
- pertanto allega documentazione medica attestante lo stato di deambulazione sensibilmente ridotta o di cecità**
- di essere una persona non vedente (ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 24/07/1996, n. 503, art. 12, com. 3)
- pertanto allega documentazione medica attestante lo stato di deambulazione sensibilmente ridotta o di cecità**
- di essere una persona in condizioni di invalidità temporanea
- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | momentanea riduzione della capacità di deambulazione a causa di infortunio o per altre cause patologiche          |
| <input type="radio"/> | totale assenza di ogni autonomia funzionale e con necessità di assistenza continua, per recarsi in luoghi di cura |

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)*

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | copia della dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza  |
| <input type="checkbox"/>            | documentazione medica attestante lo stato di deambulazione sensibilmente ridotta o di cecità            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | una fotografia a colori in formato tessera  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

### 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.

Cassina de' Pecchi

Luogo

Data

il dichiarante