

Al Signor Sindaco del  
Comune di Concordia sulla Secchia (MO)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER IL RILASCIO / RINNOVO DEL C.U.D.E.  
(Contrassegno Unificato Disabili Europeo)  
PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI**

*(riportare in stampatello i dati della persona disabile)*

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a San Possidonio (MO) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione o cellulare \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Già in possesso del contrassegno n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**CHIEDE il  RILASCIO  RINNOVO  DUPLICATO**

del contrassegno invalidi per la circolazione e la sosta dell'autoveicolo al proprio servizio, ai sensi del DPR n. 495/92 e a tale scopo **ALLEGA:**

RILASCIO	<p><input type="checkbox"/> certificato INPS – Commissione Medica Superiore, disabile permanente con esonero da future visite di revisione in applicazione del DM 2/08/2007;</p> <p><b>ovvero</b></p> <p><input type="checkbox"/> certificato Commissione di Prima Istanza con invalidità 100% e accompagnamento,</p> <p><b>ovvero</b></p> <p><input type="checkbox"/> certificato dell'Ufficio Medico Legale Azienda USL <b>in originale</b> attestante la capacità di deambulazione sensibilmente ridotta</p>
RINNOVO	<p><input type="checkbox"/> certificato del proprio medico curante ( nel solo caso di rinnovo contrassegno di durata di legge 5 anni)</p>
DUPLICATO	<p><input type="checkbox"/> il rilascio del duplicato dell'autorizzazione ( e relativo contrassegno) invalidi di cui al decreto L.GS. 30/04/1992 nr 285 ( art 188 Cds e 381 reg. CdS) e al DPR 503 del 24/07/1996, in quanto smarrito /distrutto/ oggetto di furto, come risulta dalla denuncia presentata in data _____ presso _____ della quale si allega copia</p>

- 2 foto formato tessera a colori;  
 documento di identità  
 ( NEL SOLO CASO DI RINNOVO) CONTRASSEGNO SCADUTO/IN SCADENZA

**DICHIARA** di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al GDPR 2016/679 sarà effettuato per soli fini istituzionali e nei limiti di legge.

**A tal fine DELEGA AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO:**

il sottoscritto \_\_\_\_\_ delega al ritiro del contrassegno il sig. \_\_\_\_\_

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

Allega documento d'identità del delegato.

Data \_\_\_\_\_

**firma del richiedente (disabile o tutore/curatore)** \_\_\_\_\_

firma del delegato \_\_\_\_\_