

**AL COMANDO POLIZIA MUNICIPALE  
TRAPANI**

Oggetto: Richiesta autorizzazione per mobilità delle persone e rilascio dello speciale Contrassegno Europeo (C.U.D.E.) di parcheggio per disabili (Dpr n.151 del 15/09/2012).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

informato che ai sensi e per gli effetti di legge del D. Lgs. n° 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e concede il proprio consenso al trattamento di tali dati esclusivamente per detti fini.

**CHIEDE**

LA SOSTITUZIONE

IL DUPLICATO

DEL CONTRASSEGNO C.U.D.E. PER LA MOBILITÀ DELLE PERSONE E, CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000, A TAL FINE

**AUTOCERTIFICA**

di essere nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA** inoltre, di intercedere in nome e per conto del \_\_\_\_\_ (grado di parentela),  
sig. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
Trapani in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
poiché si trova in situazione di momentaneo impedimento Tel. \_\_\_\_\_

**Allega:**

- CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE** attestante la condizione patologica di **RIDOTTA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE** se il contrassegno scaduto è stato **rilasciato esente da revisioni**;
- CERTIFICATO DEL CENTRO DI MEDICO LEGALE** dell'I.N.P.S. o dell'A.S.P. attestante la **RIDOTTA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE**, se il contrassegno scaduto è stato **rilasciato con validità inferiore ai 5 anni**;
- Fotocopia **DOCUMENTO DI IDENTITÀ** del richiedente e/o dell'interessato;
- Fotocopia **CODICE FISCALE** della persona interessata al rilascio del CUDE;
- N°2 FOTO** formato tessera di forma quadrata di dimensione cm. 3,5 X cm.4, come da indicazioni del Ministero dell'Interno n. 400/A/2005/1501/P/23.13.27 del 5.12.;
- CONTRASSEGNO PRECEDENTE** N. \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_
- DICHIARA** di usufruire di stallo per disabili sito presso la propria abitazione N° \_\_\_\_\_
- N. 2 MARCHE DA BOLLO** da € 16,00 PER RILASCIO CONTRASSEGNI C.U.D.E. TEMPORANEI PER INVALIDA' SOGGETTA A REVISIONE (ai sensi dell'art. 13 bis della Tabella B – DPR 642/72, così modificata dall'art.33 comma 4, lettera C della Legge 388/2000).

Trapani \_\_\_\_\_

Firma

