



COMUNE DI IRGOLI

Ufficio di Polizia Locale

Via Roma, 1

08020 Irgoli (NU)

Tel. 0784/1826010

RISERVATO ALL'UFFICIO

CONTRASSEGNO N. _____

SCADENZA _____

MODULO RICHIESTA DI CONTRASSEGNO INVALIDI (CUDE)

Art. 381 del D.P.R. 495/92 - art. 4 D.L. n. 5 del 09/02/2012

Il / La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via/Vico/Piazza/Loc. _____ n. civico _____

Telefono _____ Email / Pec _____

TUTORE / GENITORE di _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via/Vico/Piazza/Loc. _____ n. civico _____

CHIEDE

- IL RILASCIO
 - IL RINNOVO
 - IL DUPLICATO PER: deterioramento smarrimento furto cambio domicilio;
- del contrassegno speciale invalidi.

DICHIARA

di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzata la presente istanza, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e ss. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Data

Firma

CERTIFICAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE PER IL RINNOVO

art. 381 comma 3 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495-Regolamento di Esecuzione del Codice della Strada,

Il/La sottoscritto/a Dott/ssa _____

accertata la titolarità del contrassegno speciale permanente per invalidi n° _____

per il quale viene chiesto il rinnovo,

CONFERMO IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO

Data

Il Medico

timbro e firma

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI RILASCIO/RINNOVO CONTRASSEGNO INVALIDI

Normativa di riferimento: art. 381 D.P.R. 495/92 – art. 4 D.L. n. 5 del 09/02/2012

PRIMO RILASCIO

- Istanza di cui al presente modello;
- verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'Invalidità Civile nella quale sia espressamente indicato "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta" ovvero che il soggetto è "non vedente", oppure certificazione medica emessa dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ATS di appartenenza che attesti la "capacità di deambulazione sensibilmente ridotta" ovvero che il soggetto è "non vedente";
- n° 2 fotografie recenti a colori formato tessera;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

RINNOVO

- Istanza di cui al presente modello;
- certificato del proprio medico curante (possibile compilare l'area specifica del presente modello);
- n° 2 fotografie recenti a colori formato tessera.
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

NB:

1. ALL'ATTO DEL RITIRO DEL NUOVO CONTRASSEGNO DOVRÀ ESSERE RICONSEGNA TO QUELLO PRECEDENTE, SCADUTO.
2. SI PRECISA CHE LA CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE DEVE ESCLUSIVAMENTE CONFERMARE IL PERSISTERE DELLE CONDIZIONI SANITARIE CHE HANNO DATO LUOGO AL RILASCIO, SENZA CHE VENGA RIPORTATO ALCUN DATO RIGUARDANTE PATOLOGIE MEDICHE.

DUPLICATO

- domanda in carta semplice compilata sul presente modello;
- denuncia (nel caso di furto o smarrimento) rilasciata ad Autorità Giudiziaria;
- n° 1 fotografia recente a colori formato tessera.
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

IMPORTANTE

I contrassegni rilasciati per patologie di carattere temporaneo non possono essere rinnovati dal medico curante. Potranno essere prorogati esclusivamente con certificazione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ATS Sardegna di appartenenza o nuovo verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità

La presente domanda, compilata in tutte le sue parti e corredata della documentazione richiesta, può:

- essere consegnata a mano presso l'Ufficio di Polizia Locale;
- essere trasmessa via pec o email ai seguenti indirizzi:
Email: poliziale@comune.irgoli.nu.it
PEC: vigilanza.irgoli@legalmail.it

Il contrassegno dovrà essere ritirato presso l'Ufficio di Polizia Locale.