

Amministrazione destinataria  
Comune di Peschiera del Garda

Ufficio destinatario  
Ufficio protocollo

## Domanda di rilascio o rinnovo del Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE)

***Ai sensi del comma 3, art. 381 del Decreto del presidente della Repubblica del 16/12/1992, n. 495 e  
aggiornato al Decreto del Presidente della Repubblica del 30/07/2012, n.151***

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	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)*

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### Soggetto interessato

- in nome e per conto proprio
- in nome e per conto della persona di seguito specificata

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

### in qualità di (\*)

Ruolo

*In qualità di (\*):  
amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

## CHIEDE

- il rilascio di un nuovo contrassegno disabili
- il rinnovo del contrassegno temporaneo disabili

Numero del contrassegno

- il rinnovo del contrassegno permanente disabili

Numero del contrassegno

### delegando al ritiro del contrassegno

*(compilare se necessario)*

Nome

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita

Cellulare

Documento

Numero

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 avere ridotte capacità deambulatorie o che la persona per conto della quale sta presentando la domanda ha ridotte capacità deambulatorie

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificato medico in originale rilasciato dal medico del Distretto Sanitario o verbale della commissione medica integrata attestanti il fatto che il richiedente ha diritto al contrassegno
- certificato medico in originale rilasciato dal Distretto Sanitario di appartenenza indicante il periodo di validità
- certificato in originale del medico curante che confermi il persistere delle difficoltà di deambulazione
- copia fotostatica fronte e retro del documento d'identità dell'avente diritto
- due foto a colori, formato tessera, uguali e recenti dell'avente diritto
- contrassegno scaduto di validità
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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.

Peschiera del Garda

Luogo

Data

Il dichiarante