



Richiesta di tagliando "PARCHEGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ"

All'Ufficio del Comune di Camaiore
competente in materia di rilascio del
Contrassegno Unificato Disabili Europeo

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ in data _____
C.F. _____ residente in Camaiore Via _____
n° telefono fisso _____
cellulare _____

CHIEDE ALLA S.V.

che gli/le venga rilasciato il tagliando di cui all'oggetto rientrando lo/a scrivente nella categoria degli aventi diritto, in applicazione delle norme del D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012 recepent la raccomandazione del Consiglio Europeo n° 98/376/CE. Più specificatamente:

☐ **RICHIESTA RILASCIO I° TAGLIANDO:**

Allegare:

- certificato ASL Medicina Legale: si ricorda che la visita medica va prenotata personalmente al CUP dell'ASL n° 12 da parte del richiedente;
- n° 2 foto tessera;
- n° 1 marca da bollo del valore previsto dalle normative vigenti se il tagliando è temporaneo ovvero con scadenza inferiore o uguale ai 5 anni.

☐ **RINNOVO TAGLIANDO**

1. per il rinnovo del tagliando permanente (scadenza quinquennale):

Allegare:

- il tagliando scaduto o in scadenza;
- la certificazione del medico curante attestante la permanenza dello stato di non deambulazione;
- n° 2 foto tessera;

2. per il rinnovo del tagliando temporaneo (scadenza inferiore o uguale ai 5 anni):

Allegare:

- certificato ASL Medicina Legale: è necessario prenotare personalmente la visita al CUP dell'ASL n° 12 da parte del richiedente, come per rilascio I° tagliando;
- n° 2 foto tessera;
- n° 1 marca da bollo del valore previsto delle normative vigenti.

☐ **RILASCIO DUPLICATO:**

Allegare:

- copia della denuncia di furto o smarrimento, od il tagliando in caso di deterioramento;
- n° 2 foto tessera
- Marca da bollo solo se il tagliando è temporaneo (scadenza inferiore o uguale a 5 anni).

Camaiore lì _____

Firma del richiedente

Modulo ex art. 3 del D.M. del 5 Luglio 2021 recante **Procedure per l'istituzione della piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE nonché per l'inserimento, l'aggiornamento o la cancellazione dei dati**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
(nome) (cognome)

a _____ provincia (____) C.F. _____

residente in _____ provincia (____) CAP _____

via/piazza _____ n. civ. _____

indirizzo mail _____ numero cellulare _____

(oppure, barrare e compilare se ricorre il caso) in qualità di:

☐ tutore/legale rappresentante giusta documentazione allegata in copia

☐ delegato giusta delega allegata e corredata di copia di documento di identità del delegante del sig./ra
_____ nato/a il ____/____/____

(nome) (cognome)

a _____ provincia (____) CF _____

residente in _____ provincia (____) CAP _____

via/piazza _____ n. civ. _____

indirizzo mail _____ numero cellulare _____

CHIEDE

L'attribuzione del codice univoco, associato al contrassegno unificato disabili europeo rilasciato da codesto Ufficio e di cui è titolare, per l'accesso alla Piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE, di cui all'articolo 1, comma 489, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Indica di seguito il numero di targa del veicolo destinato al proprio servizio, ai sensi dell'articolo 188 del Codice della strada:

tipo di veicolo _____ targa _____ .

Eventuale secondo veicolo utilizzabile per il medesimo servizio, previa attivazione del suo abbinamento con il codice unico accedendo, mediante SPID, CIE, ad un'apposita funzione informatica accessibile dal sito www.ilportaledellautomobilista.it, dall' APP iPatente e, eventualmente, anche da altra applicazione per dispositivi mobili:

tipo di veicolo _____ targa _____ .

Resta ferma la possibilità di procedere con le stesse modalità alla cancellazione di una o di entrambe le targhe suindicate, sostituendole con altre.

Data ____/____/____

Firma
