Comune di Scilla

Città Metropolitana di REGGIO CALABRIA

AREA VIGILANZA

MODELLO 2

ISTANZA RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI C.U.D.E. PERMANENTE/TEMPORANEO

(ART. 188 del D.L.gs. 285/92 e Art.381 D.p.r. Nr.495/92 e "ss.mm.ii. - Artt. 9 e 11 Regolamento comunale approvato con Delibera di C.C. n. 21 del 29-04-2022)

Al Comando Polizia Locale di Scilla

TRASMISSIONE A MEZZO:

- **PEC protocollo.scilla@asmepec.it**

- **Deposito presso Ufficio protocollo Comune di Scilla**
  Piazza San Rocco
  89058 - Scilla (RC)

OGGETTO: RICHIESTA RINNOVO CONTRASSEGNO UNICO DISABILI EUROPEO (C.U.D.E.) PERMANENTE (5 ANNI) / TEMPORANEO (INF. 5 ANNI)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ residente ad _____ in via/piazza _____ n° _____Tel._____, n.q. di:

□ **soggetto con disabilità riconosciuta** titolare di contrassegno disabili permanente (validità 5 anni) n. _____ del _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;

oppure

□ ***(es. tutore, curatore, procuratore, familiare - SPECIFICARE)*** _____ del sig. _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____ residente ad _____ in via/piazza _____ n° _____ quale soggetto con disabilità riconosciuta e nell'interesse dello stesso

C H I E D E

IL **RINNOVO** del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92), persistendone i requisiti.

Comune di Scilla

Città Metropolitana di REGGIO CALABRIA

AREA VIGILANZA

A tale scopo allega la seguente documentazione;

DOCUMENTAZIONE MEDICA OBBLIGATORIA: (*barrare l'opzione che ricorre*)

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza attestante la ridotta capacità di deambulazione in via **permanente o temporaneo**;
- Verbale ASL ai sensi dell'Art. 3/c. 3 della Legge 104/92 o verbale INPS ai sensi della Legge 102/09 a condizione che vi sia indicato che la persona ha "*capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta*" ex Art. 188 del D.L.gs. 285/92 e Art.381 D.p.r. Nr.495/92 e" ss.mm.ii." e che la pratica è "non rivedibile" (dicitura **REVISIONE NO**);
- DECRETO DI OMOLOGA del requisito sanitario richiesto, emesso dal Tribunale di competenza;

oppure:

- Certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio (***solo nel caso in cui la documentazione medica di cui ai punti precedenti risulti già allegata all'istanza di primo rilascio. In tal caso è infatti sufficiente la sola allegazione del certificato del medico curante che riporti attestazione del persistere dei requisiti di "capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta"***);
- Certificato medico rilasciato dall'Ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza che attesti il persistere della disabilità temporanea e il presumibile periodo di durata della invalidità (IN OGNI CASO DI RICHIESTA DI RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DISABILI TEMPORANEO).

DOCUMENTAZIONE AGGIUNTIVA OBBLIGATORIA:

- Copia del documento d'Identità del richiedente disabile;
- Eventuale copia del Documento d'Identità del curatore/tutore o altro soggetto legittimato a curarne gli interessi;
- Nr. 2 Fotografie in formato tessera (da apporre una sul retro dell'autorizzazione e una sull'istanza);
- Originale del contrassegno scaduto;
- Copia quietanza di pagamento di € 12,00 a titolo di rimborso spese d'istruttoria su C.C. 12502894 intestato a Comune di Scilla – servizio tesoreria – causale "Diritti d'istruttoria Richiesta RINNOVO CONTRASSEGNO DISABILI".

Data, _____ _____

Firma del richiedente

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere. Qualora cessassero, per qualsiasi motivo, di sussistere le condizioni per le quali è stata concessa l'area di sosta riservata, il richiedente, o chi per esso, darà tempestiva comunicazione scritta, da consegnare all'Ufficio Vigilanza del Comune di Scilla, al fine di non incorrere nelle sanzioni di legge previste. Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data, _____ _____

Firma del richiedente

Piazzale Stazione FF.SS. – 89058 Scilla (RC) **– Tel./Fax Ufficio:** 0965- 754462
email: poliziamunicipale@comune.scilla.rc.it **– pec** poliziamunicipale.scilla@asmepec.it