



COMUNE DI MONTEIASI (TA)
MODULO DI RICHIESTA CONTRASSEGNO
UNIFICATO DISABILI EUROPEO (CUDE)

Al Sindaco del Comune di Monteiasi
All'Ufficio Servizi Sociali
All'Ufficio di Polizia Municipale

Il/La sottoscritto a: _____
Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ Residente a Monteiasi (TA),
in Via/Piazza _____ n. ____
Telefono: _____ Email: _____

In qualità di:

- Titolare della richiesta
 Genitore/tutore della persona con disabilità

CHIEDE

il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE), ai sensi della Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea 98/376/CE e in conformità con il Regolamento comunale vigente.

DICHIARA:

- di essere residente nel Comune di Monteiasi;
- di avere gravi difficoltà di deambulazione oppure di essere non vedente, come da certificazione allegata;
- di non essere obbligatoriamente titolare di patente di guida o proprietario di veicolo;
- che il contrassegno richiesto sarà utilizzato esclusivamente per gli usi consentiti dal Regolamento comunale.

ALLEGATI OBBLIGATORI

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Certificazione medico-legale dell'ASL che attesta grave limitazione della deambulazione o cecità;

- N. 1 fotografia in formato tessera da apporre sul retro del contrassegno;
- In caso di minore o persona impossibilitata: documento di identità del genitore/tutore e relativo atto di nomina;
- Copia della denuncia in caso di smarrimento o furto (solo per richiesta duplicato).

INFORMATIVA

Il contrassegno CUDE ha validità quinquennale in caso di disabilità permanente, oppure per il periodo indicato nella certificazione medica per disabilità temporanea.

In caso di cessazione delle condizioni che hanno determinato il rilascio, o in caso di decesso, il contrassegno deve essere restituito all'Ufficio Servizi Sociali entro 30 giorni.

Ogni uso improprio sarà sanzionato ai sensi dell'art. 188 del Codice della Strada.

Monteiasi, li ____/____/_____

Firma del richiedente _____