



## AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI MACOMER

## OGGETTO: Richiesta di contrassegno speciale per la circolazione e la sosta di veicoli che trasportano invalidi – CUDE (Contrassegno Unificato Disabili Europeo)

CODE (Condussegno Cimicato Distrim Europeo)		
Il/La sottoscritto/a  nato/a a il  residente in questo Comune, via n.  □cellulare Codice Fiscale  @ mail:  □ per proprio conto		
☐ in qualità di		
il residente		
in questo Comune, via		
I   Codice Fiscale		
deambulazione impedita o sensibilmente ridotta per		
<ul> <li>come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:</li> <li>degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;</li> <li>dell'art. 381 del «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo Codice della Strada», emanato con D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 30 luglio 2012, n. 151;</li> </ul>		
CHIEDE		
il rilascio/rinnovo dello speciale contrassegno per parcheggio per disabili previsto dall'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 151/2012, che gli consenta di circolare e sostare nelle strade e negli spazi all'uopo individuati con il veicolo dallo stesso utilizzato.  In relazione all'art. 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, modificato con D.P.R. 151/2012, sotto la propria responsabilità		
DICHIARA		
<ol> <li>di confermare i propri dati personali prima trascritti;</li> <li>che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:</li> </ol>		
3) di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. 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.		
ALLEGA:		
1 Fotografia formato tessera;		
2 Certificazione medica rilasciata in data		
3 Certificazione medica (medico di famiglia) in caso di rinnovo di validità - SOLO PER I CUDE CON SCADENZA		
DI 5 ANNI (certificazione medica originaria a tempo indeterminato);		
4 Fotocopia documento identità e tessera sanitaria;		
5 Consenso al trattamento dei dati personali sottoscritto;		