



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)**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente in questo Comune, via ..... n. ....  
☐ cellulare ..... Codice Fiscale .....  
@ mail: .....

per proprio conto

in qualità di ..... del/della Sig./ra ..... nato/a a .....  
residente in questo Comune, via ..... n. ....  
☐ ..... Codice Fiscale ..... con  
deambulazione impedita o sensibilmente ridotta per .....

come risulta dalla documentazione allegata, in relazione al combinato disposto:

- degli articoli 7, comma 1, lett. d) e 188 del «Nuovo Codice della Strada», emanato con D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285;
- 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;

**CHIEDE**

il rilascio 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**

- 1) di confermare i propri dati personali prima trascritti;
- 2) che la richiesta è motivata dai seguenti elementi oggettivi:  
.....
- 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 ..... dell'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che il/la sottoscritto/a ha «la effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta» (oppure, verbale della commissione medica integrata da presentare in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale resa dall'istante, dalla quale risulti l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta o la dicitura “ricorrono le previsioni di cui all'art. 381 del DPR 495/1992”);
- 3 Certificazione medica (medico di famiglia) in caso di rinnovo di validità;
- 4 Fotocopia documento identità e tessera sanitaria;
- 5 Consenso al trattamento dei dati personali sottoscritto;

....., li .....

**IL/LA RICHIEDENTE**

.....