



- quotidiani della vita (L. 18/80 e 508/88)
- 06: invalido totale con necessità di assistenza continua (L. 18/80)
- 06: minore invalido con necessità di assistenza continua (L. 18/80)
- 08: cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (L. 382/70 e 508/80)
- 09: cieco assoluto (L. 382/70 e 508/80)
- dicitura "persona con deambulazione sensibilmente ridotta"
- 

**PRENDE ATTO CHE IL VERBALE DELLA COMMISSIONE MEDICA CHE MANCHI DI UNA DELLE SUDDETTE INDICAZIONI NON DARA' DIRITTO ALL'OTTENIMENTO DELL'AUTORIZZAZIONE C.U.D.E. RICHIESTA E CHE IL PROCEDIMENTO VERRA' ARCHIVIATO SENZA ULTERIORI COMUNICAZIONI.**

- In caso di invalidità temporanea la richiesta deve essere presentata in marca da bollo (€ 16,00);
- Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi*  
n° .....  
*con validità 5 anni, a tale scopo allega:*
- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno;
  - Copia documento d'identità;
  - N. 2 fotografie formato tessera;
  - copia del contrassegno in scadenza;

- Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi*  
n° .....  
*con validità inferiore a 5 anni a tale scopo allega:*
- Marca da bollo da 16,00 euro;
  - N. 2 fotografie formato tessera;
  - Certificato originale rilasciato dall'ASST attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente a ridotta (vedi nota 4).
  - copia del contrassegno in scadenza;

*Informa che il contrassegno in scadenza verrà riconsegnato all'atto del ricevimento del nuovo contrassegno.*

- COMUNICA (facoltativo) le seguenti targhe associate al contrassegno C.U.D.E. qui richiesto (D.M. 05/07/2021):**

targa principale ..... targa alternativa .....

- allega allo scopo copia delle carte di circolazione dei veicoli.

**PRENDE ATTO CHE:**

*La richiesta deve essere presso gli Uffici della Segreteria Convenzionata presso il Comune di Alto Sernenza – Loc. Rimasco, 10.*

*Alternativamente può essere presentata a mezzo PEC all'indirizzo: [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)*

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*L'interessato prende atto che i dati richiesti verranno trattati ai fini del presente procedimento, nel rispetto della privacy, secondo quanto previsto dal Reg. U.E. 679/2016, dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni ed a tal fine esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali*

- Acconsento*  *Non*  
*Acconsento*

Carcoforo, lì .....

Segreteria convenzionata c/o Comune di Alto Sernenza

Via centro 10 – Rimasco Tel. e fax. 0163/95125

Mail: [protocollo@comune.altosernenza.vc.it](mailto:protocollo@comune.altosernenza.vc.it) PEC: [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)

(firma del richiedente o tutore/curatore)

**DELEGA AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO** (allegare copia Carta Identità – in caso di firma da parte del curatore/tutore, allegare provvedimento di nomina)

IL/LA

SIG./RA.....

Carta d'identità

n.....scad.....

Cinisello Balsamo li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del delegante

\_\_\_\_\_

firma del delegato

---

Note

1. Il contrassegno viene rilasciato dal comune di residenza;
2. Il rinnovo del contrassegno deve essere richiesto almeno 30 giorni prima della scadenza;
3. I contrassegni scaduti o illeggibili vanno restituiti all'ufficio preposto all'atto della ricezione del contrassegno rinnovato;

## **RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO**

Il/La

sottoscritto/a.....

Codice Fiscale (OBBLIGATORIO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segreteria convenzionata c/o Comune di Alto Sermenza

Via centro 10 – Rimasco Tel. e fax. **0163/95125**

Mail: [protocollo@comune.altosermenza.vc.it](mailto:protocollo@comune.altosermenza.vc.it) PEC: [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)

Nato/a

a.....prov.(.....).....il.....

Residente

a.....

Via.....n°.....

e-mail (obbligatorio)

.....

cell (obbligatorio)

.....

## BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA PROPRIA RICHIESTA:

*Chiede il rilascio dell'autorizzazione C.U.D.E. per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 DPR 495/92) e a tal fine dichiara di essere affetto/a da patologia che determina una capacità di deambulazione sensibilmente ridotta;*

*A tale scopo allega:*

- N. 2 fotografie formato tessera;
- Copia documento d'identità;
- Certificato originale rilasciato dall'A.S.S.T. attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente a ridotta (vedi nota 4).
- In sostituzione della certificazione di cui al punto precedente, allega copia del verbale della commissione medica attestante lo status di invalido civile con impossibilità di deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (legge n. 18/80 e 508/88), oppure il verbale di riconoscimento di cecità (art. 12 del D.P.R. 503/96). ---  
**ATTENZIONE:** il verbale della commissione medica, per essere adeguato dovrà necessariamente indicare una delle seguenti indicazioni/codici:
  - 05: invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (L. 18/80 e 508/88)
  - 05: invalido ultrasessantenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ((L. 18/80 e 508/88))
  - 06: invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L. 18/80 e 508/88)
  - 06: invalido totale con necessità di assistenza continua (L. 18/80)
  - 06: minore invalido con necessità di assistenza continua (L. 18/80)
  - 08: cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (L. 382/70 e 508/80)
  - 09: cieco assoluto (L. 382/70 e 508/80)
  - dicitura "persona con deambulazione sensibilmente ridotta"

**PRENDE ATTO CHE IL VERBALE DELLA COMMISSIONE MEDICA CHE MANCHI DI UNA DELLE SUDETTE INDICAZIONI NON DARA' DIRITTO ALL'OTTENIMENTO DELL'AUTORIZZAZIONE C.U.D.E. RICHIESTA E CHE IL PROCEDIMENTO VERRA' ARCHIVIATO SENZA ULTERIORI COMUNICAZIONI.**

- In caso di invalidità temporanea la richiesta deve essere presentata in marca da bollo (€ 16,00);

*Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi  
n°.....  
con validità 5 anni, a tale scopo allega:*

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno;
- Copia documento d'identità;
- N. 2 fotografie formato tessera;
- copia del contrassegno in scadenza;

Segreteria convenzionata c/o Comune di Alto Sermenza

Via centro 10 – Rimasco Tel. e fax. 0163/95125

Mail: [protocollo@comune.altosermenza.vc.it](mailto:protocollo@comune.altosermenza.vc.it) PEC: [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)

*Chiede il rinnovo del contrassegno invalidi*

*n° .....*

*con validità inferiore a 5 anni a tale scopo allega:*

- Marca da bollo da 16,00 euro;
- N. 2 fotografie formato tessera;
- Certificato originale rilasciato dall'ASST attestante l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente a ridotta (vedi nota 4).
- copia del contrassegno in scadenza;

*Informa che il contrassegno in scadenza verrà riconsegnato all'atto del ricevimento del nuovo contrassegno.*

*COMUNICA (facoltativo) le seguenti targhe associate al contrassegno C.U.D.E. qui richiesto (D.M. 05/07/2021):*

*targa principale .....targa alternativa .....*

*- allega allo scopo copia delle carte di circolazione dei veicoli.*

**PRENDE ATTO CHE:**

*La richiesta deve essere presso gli Uffici del Comune di Alto Sermenza – Loc. Rimasco, 10.*

*Alternativamente può essere presentata a mezzo PEC all'indirizzo: [altosermenza@pcert.it](mailto:altosermenza@pcert.it)*

#### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*L'interessato prende atto che i dati richiesti verranno trattati ai fini del presente procedimento, nel rispetto della privacy, secondo quanto previsto dal Reg. U.E. 679/2016, dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni ed a tal fine esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali*

*Acconsento  
Acconsento*

*Non*

*Alto Sermenza, lì .....*

\_\_\_\_\_  
*(firma del richiedente o tutore/curatore)*

**DELEGA AL RITIRO DEL CONTRASSEGNO** (*allegare copia Carta Identità – in caso di firma da parte del curatore/tutore, allegare provvedimento di nomina*)

**IL/LA**

**SIG./RA**.....

Segreteria convenzionata c/o Comune di Alto Sermenza

Via centro 10 – Rimasco Tel. e fax. **0163/95125**

**Mail: [protocollo@comune.altosermenza.vc.it](mailto:protocollo@comune.altosermenza.vc.it) PEC: [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)**

Carta d'identità

n.....scad.....

Cinisello Balsamo lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*firma del delegante*

\_\_\_\_\_

*firma del delegato*

---

Note

4. Il contrassegno viene rilasciato dal comune di residenza;
5. Il rinnovo del contrassegno deve essere richiesto almeno 30 giorni prima della scadenza;
6. I contrassegni scaduti o illeggibili vanno restituiti all'ufficio preposto all'atto della ricezione del contrassegno rinnovato;

Segreteria convenzionata c/o Comune di Alto Sernenza

Via centro 10 – Rimasco Tel. e fax. **0163/95125**

**Mail:** [protocollo@comune.altosernenza.vc.it](mailto:protocollo@comune.altosernenza.vc.it) **PEC:** [carcoforo@cert.ruparpiemonte.it](mailto:carcoforo@cert.ruparpiemonte.it)