



COMUNE DI UGENTO

cap. 73059 – Provincia di Lecce

tel. (0833) 555770

CORPO DI POLIZIA LOCALE

e-mail: polizialocale@comune.ugento.le.itPEC: comandopolizialocaleugento@pec.rupar.puglia.it**OGGETTO: Richiesta Contrassegno Unificato Disabili Europeo (C.U.D.E.)****(Art. 381 del D.P.R. 495/92 aggiornato dal D.P.R. 610/96 e dal D.P.R. 503/96)**

N.B.: Unitamente alla presente domanda e all'altra documentazione richiesta, è necessario presentare anche i seguenti allegati:

Il/La sottoscritto/a
 nato/a a (Prov.) il
 Codice fiscale
 residente in (Prov.),
 Via/P.zza/C.so n° civ.
 Tel./Cell. (obbligatorio),
 E-mail/P.E.C. (obbligatorio), in qualità di:

DIRETTO RICHIEDENTE;

FAMILIARE ASSISTENTE (obbligatorio allegare fotocopia del documento d'identità dell'interessato) / **ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE** (in caso di minore) / **TUTORE** (citare estremi dell'atto di nomina) / **DELEGATO** (obbligatorio allegare fotocopia del documento d'identità dell'interessato) del/della:

Sig./Sig.ra
 nato/a a (Prov.) il
 Codice fiscale
 residente in (Prov.),
 Via/P.zza/C.so n° civ.
 Tel./Cell. (obbligatorio),
 E-mail/P.E.C. (obbligatorio),

CHIEDE

ai sensi dell'art. 381 del Regolamento di Esecuzione e di Attuazione del Nuovo Codice della Strada (D.P.R. 495/1992) il

RILASCIO C.U.D.E. PERMANENTE
Quinquennale

RINNOVO C.U.D.E. PERMANENTE
Quinquennale

Allegati:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (**ALLEGATO A**);
- Fotocopia fronte-retro della carta d'identità o documento equipollente in corso di validità;
- Fotocopia della Tessera sanitaria;
- Nr. 2 fotografie formato tessera a colori su sfondo bianco;
- Certificazione medica:**

- **PER IL PRIMO RILASCIO allegare:**

- Certificato d'invalidità, rilasciato dall'Ufficio medico legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulti che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta ovvero la**

condizione di cecità assoluta o non vedente (residuo non superiore 1/10) (ALLEGATI B e C).

N.B.: Hanno già diritto al contrassegno e quindi possono recarsi direttamente all'Ufficio di P.L. del Comune di residenza portando il verbale di invalidità (in originale) e N. 1 fotografia formato tessera:

1. Il titolare di invalidità civile con indennità di accompagnamento;
2. Il soggetto riconosciuto cieco (assoluto o con residuo visivo) ai sensi di legge;
3. Il soggetto riconosciuto invalido civile per il quale sul verbale di invalidità sia presente la dicitura "patologie determinanti capacità di deambulazione sensibilmente ridotta di cui all'art. 381 DPR 495/92".

LA CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ CIVILE, ANCHE AL 100%, NON ATTRIBUISCE DIRITTO AL CONTRASSEGNO AD ECCEZIONE DEI NON VEDENTI O AMPUTATI AGLI ARTI INFERIORI.

- IN CASO DI RINNOVO allegare:

- Certificato del medico curante dell'avente diritto che attesti "il permanere delle condizioni cliniche e anamnestiche che hanno portato al primo rilascio del contrassegno invalidi" ai sensi dell'art. 381 del Regolamento di Esecuzione e di Attuazione del Nuovo Codice della Strada;
- C.U.D.E. scaduto (da consegnarsi obbligatoriamente prima del ritiro del nuovo).

RILASCIO C.U.D.E. TEMPORANEO⁽¹⁾ RINNOVO C.U.D.E. TEMPORANEO

Allegati:

- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
- Fotocopia fronte-retro della carta d'identità o documento equipollente in corso di validità;
- Fotocopia della Tessera sanitaria;
- Nr. 2 fotografie formato tessera a colori su sfondo bianco;
- Certificazione medica:

- PER IL PRIMO RILASCIO allegare:

- Copia della certificazione medica rilasciata dall'Azienda Sanitaria di appartenenza – Servizio Medicina Legale – con specificato il presumibile periodo di durata della invalidità attestante il titolo di cui all'art. 381 D.P.R. 16/12/1992 n. 495. **Dichiara altresì che tale copia è conforme alla certificazione originale detenuta.**

⁽¹⁾ Per le persone invalide a tempo determinato in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, l'autorizzazione può essere rilasciata a tempo determinato con le modalità di cui al comma 3 dell'art. 381 Reg. di Esec. Att. In tal caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità.

- IN CASO DI RINNOVO allegare:

- Certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rinnovo;
- C.U.D.E. scaduto (da consegnarsi obbligatoriamente prima del ritiro del nuovo).

DUPLICATO C.U.D.E. a causa di SMARRIMENTO / FURTO

Allegati:

- Denuncia di smarrimento rilasciata all'autorità competente di Pubblica Sicurezza;
- Denuncia di furto rilasciata all'autorità competente di Pubblica Sicurezza;
- Fotocopia fronte-retro della carta d'identità o documento equipollente in corso di validità;
- Fotocopia della Tessera sanitaria;
- Nr. 1 fotografia formato tessera a colori su sfondo bianco.

DUPLICATO C.U.D.E. a causa di DETERIORAMENTO

Allegati:

- Contrassegno deteriorato (si impegna a restituire il contrassegno deteriorato all'atto del ritiro);
- Fotocopia fronte-retro della carta d'identità o documento equipollente in corso di validità;
- Fotocopia della Tessera sanitaria;
- Nr. 2 fotografie formato tessera a colori su sfondo bianco;
- Certificazione del medico curante attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio solo qualora lo smarrimento del contrassegno sia avvenuto entro i sei mesi dalla data di scadenza.

La presente richiesta, correttamente compilata, deve essere presentata in via telematica al seguente indirizzo P.E.C.: protocollo.comune.ugento@pec.rupar.puglia.it, ovvero mediante consegna a mano all'ufficio protocollo.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il/la sottoscritto/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e nel rispetto del GDPR 679/2019 e successive modifiche ed integrazioni dichiara che è a conoscenza dei propri diritti e dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento delle funzioni attribuite dalle leggi e dai regolamenti necessarie alla realizzazione di quanto richiesto. Nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 679/2019 e s.m.i i dati sensibili rilasciati dall'utente saranno utilizzati dal Servizio solo nell'ambito del procedimento e per gli adempimenti correlati. Gli stessi saranno custoditi secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia. Titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune di Ugento.

Luogo e data, li

Il/La Richiedente

(Firma da apporre per esteso e leggibile)

Richiesta di autorizzazione alla circolazione e alla sosta nella ZTL/APU del Comune di UGENTO

Il/La sottoscritto/a
nato/a a (Prov.) il
Codice fiscale
residente in (Prov.),
Via/P.zza/C.so n° civ.
in qualità di titolare di C.U.D.E. (*Contrassegno Unificato Disabili Europeo*) N. rilasciato da Comune
di in data con scadenza il

SEGNALA

i seguenti veicoli, di proprietà ovvero posti al servizio, al fine dell'inserimento nell'elenco dei mezzi esenti dall'obbligo di richiedere l'autorizzazione di accesso alla Z.T.L./Area pedonale nell'osservanza comunque di quanto disposto dall'art. 188 del Codice della Strada:

N° Veicoli	FABBRICA / MODELLO	TARGA
1.
2.

A TAL FINE, DICHIARO CHE:

- a. di accettare espressamente di fornire gli identificativi dei veicoli normalmente utilizzati per gli spostamenti del titolare del contrassegno sopra indicato, al fine di consentire il passaggio nei varchi controllati elettronicamente, senza l'emissione della sanzione prevista;
- b. sotto la propria personale responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000; consapevole, altresì, delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;
- c. il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. n°196/2003 (*codice in materia di protezione dei dati personali*) e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare:

1. **Copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità del richiedente;**
2. **Copia del CUDE;**
3. **Copia fronte-retro delle carte di circolazione dei veicoli;**
4. **Se firmato da tutore legale: copia di sentenza tribunale e documento identità;**
5. **Se firmato da genitore esercente patria potestà di cittadino minorenni: copia fronte-retro di documento di identità in corso di validità.**

Luogo e data, il

Firma

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDIMENTO – ORARI E CONTATTI

La presente costituisce altresì comunicazione di avvio del procedimento ai sensi degli artt. 7 e ss. L. 7 agosto 1990, n. 241.

Pertanto si informa che:

L'ufficio competente all'istruttoria e rilascio, presso cui si potrà prendere visione degli atti è il Comune di Ugento – Ufficio Polizia Locale – tel. (0833) 555770, aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00. Sabato e festivi chiuso.

L'oggetto dell'istanza è il rilascio di autorizzazione per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, mediante contrassegno.

Il responsabile del procedimento è il Comandante del Corpo di Polizia Locale di questo Comune, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni inerenti la pratica, nonché presentate memorie scritte e documenti, che verranno valutati se pertinenti all'oggetto del procedimento.

Il termine del procedimento è fissato in 30 giorni dalla data di ricevimento dell'istanza. Tale termine, nel caso siano eventualmente comunicate cause di irregolarità o incompletezza, decorre dal ricevimento della successiva istanza regolare e completa.

Il suddetto termine è sospeso nel caso in cui occorra l'acquisizione, presso il Comune ove l'istante aveva la propria residenza, della documentazione originaria a seguito della quale era stato rilasciato il primo contrassegno con durata quinquennale.

I rimedi esperibili in caso di inerzia dell'Amministrazione sono il ricorso al TAR entro un anno dalla scadenza del termine di conclusione del procedimento.

AVVERTENZE:

L'uso del contrassegno è strettamente personale e lo stesso deve essere restituito al Comando Polizia Locale di Ugento quando vengono meno le condizioni che ne hanno legittimato il rilascio. In caso di uso improprio (oltre alle sanzioni amministrative e/o penali del caso), il permesso verrà ritirato dagli agenti addetti al controllo e potrà essere revocato.

Per il ritiro del contrassegno, le disposizioni vigenti non prevedono nemmeno implicitamente l'obbligo perentorio della presenza fisica del titolare.

Rimangono quindi valide le consolidate e reiterate disposizioni che prevedono il diritto da parte degli interessati a delegare formalmente terzi per l'accesso agli atti amministrativi e per il ritiro di documenti. La delega deve ovviamente essere circostanziata, contenere il riferimento all'atto o documento richiesto, recare i dati del delegante e delegato ed accompagnata da copia del documento di identità del delegato.

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
 (Prov.) il Codice fiscale

 residente in (Prov.),
 Via/P.zza/C.so n° civ

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'uso dell'autorizzazione e del contrassegno è strettamente personale;
- che i documenti allegati alla richiesta per il rilascio del contrassegno invalidi sono conformi agli originali detenuti e che quanto ivi indicato non è stato revocato, sospeso o modificato;
- che il/i veicolo/i, le cui targhe sono sotto riportate, non sono sottoposti a fermo amministrativo per irregolarità fiscali;
- di non avere altra autorizzazione e relativo contrassegno rilasciato da altro Comune d'Italia;
- che il certificato per il rilascio del Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE), rilasciato in data a seguito di visita della Commissione Medica Integrata dell'USL di, è conforme all'originale in suo possesso;
- di essere portatore/trice di deficit deambulatorio, così come risultante dal certificato sanitario attestante **l'effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta** rilasciato dall'Azienda USL, come prescritto dall'**art. 381 del Regolamento di Esecuzione e Attuazione** del Nuovo Codice della Strada;
- di essere consapevole che l'autorizzazione è strettamente personale e che l'uso del contrassegno è consentito sui veicoli al servizio della persona invalida solo quando quest'ultima è presente sul veicolo utilizzato;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al comune ogni futura variazione a quanto riportato nella richiesta di contrassegno.

DICHIARA infine,

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, li

Il/La Dichiarante

.....

 (Firma da apporre per esteso e leggibile)



ASL Lecce

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via Don Minzoni 8 - 73100 LECCE (LE)
tel. / fax 0832 1440383
dipartimento.prevenzione@pec.asl.lecce.it

CERTIFICAZIONE MEDICO-LEGALE

**rilasciata ai sensi dell'art. 381 del DPR 16/12/1992, n.495, modificato dal D.P.R. n. 151/2012,
ai fini del conseguimento del "contrassegno di parcheggio per disabili"**

A seguito della visita effettuata, preso atto della documentazione presentata, si dichiara che:

la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

domiciliato a _____ via _____ n. _____

provvisto / non provvisto di patente n. _____ rilasciata da _____

_____ il _____ *(cancellare la voce che non interessa)*

non ha capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

ha capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta e, inoltre, ha infermità tali, per natura ed entità, da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida dei veicoli, per cui, essendo l'interessato in possesso di patente di guida, il caso viene segnalato immediatamente all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile per i provvedimenti previsti dall'art.128 del vigente codice della strada, mediante l'invio di copia del presente certificato al predetto Ufficio.

(contrassegnare con una X la voce che interessa)

Per i soli casi di invalidità a tempo determinato (in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche), il presente giudizio medico-legale è circoscritto alla presumibile durata della invalidità temporanea, che si è valutata persistere fino alla data del _____.

Alla scadenza, per il rinnovo del contrassegno invalidi eventualmente necessario, occorre effettuare nuovamente la visita medico-legale attestante la deambulazione sensibilmente ridotta (DPR 495/92 art.381 comma 4).

luogo e data _____

Il Dirigente Medico S.I.S.P

Il Responsabile amm.vo del procedimento

(Conservare copia agli atti)



ASL Lecce

Puglia Salute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via Don Minzoni 8 - 73100 LECCE (LE)
tel. / fax 0832 1440383
dipartimento.prevenzione@pec.asl.lecce.it

RICHIESTA di CERTIFICAZIONE MEDICA utile ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI per persone con DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA

(art. 381 del D.P.R. n. 495 del 16/12/1992, modificato dal D.P.R. n. 151/2012)

La/il sottoscritta/o _____

(cognome e nome in stampato della persona invalida)

nata/o il _____ a _____ e residente a _____

in Via _____ CAP _____ Tel. _____

CHIEDE

di essere sottoposta/o a visita medico-legale presso la Commissione Invalidi Civili di _____ al fine di ottenere la certificazione medica di riconoscimento dello stato di "deambulazione impedita o sensibilmente ridotta", da allegare alla domanda per il rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili (contrassegno H) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. n. 495/92, modificato dal D.P.R. n. 151/2012), da presentare al Comune di residenza.

Dichiara di essere informato che, per i titolari di patente di guida di veicoli, il riscontro di infermità tali, per natura ed entità, da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida dei veicoli, comporta la segnalazione all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, per i provvedimenti previsti dall'art. 128 del vigente Codice della Strada (revisione della patente di guida).

A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000),

DICHIARA

1. di NON essere titolare di patente di guida
2. di essere titolare di patente di guida, n.ro _____ categoria _____ rilasciata il _____ da _____
3. di impegnarsi ad esibire, in visione, in occasione della visita medico-legale, tutta la documentazione medica originale, utile alla valutazione del caso
4. di essere informato, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge.
Pertanto, ACCONSENTE NON ACCONSENTE (barrare casella) al trattamento dei dati personali e sensibili.

ALLEGA

Copia del documento d'identità in corso di validità

Copia della patente di guida (se titolare)

_____ luogo _____ data _____ firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)
IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

ALL'ATTO DEL RITIRO:

_____ luogo _____ data _____ firma _____
In caso di ritiro in qualità di persona delegata, allegare delega firmata dal richiedente (oppure dal tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità, in copia, del delegato e del delegante.