



CITTÀ DI IGLESIAS

Corpo di Polizia Locale

sede: via Pacinotti, 5
telefono: 0781 274350
mail: polizia.comando@comune.iglesias.ca.it
PEC: protocollo.comune.iglesias@pec.it

OGGETTO: Richiesta Pass persone diversamente abili - Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE)

ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/_____
a _____ provincia (____) C.F. _____ residente in
_____ provincia (____) via/piazza _____ n. civ. _____ numero telefono
_____ Email _____ pec _____

CHIEDE

PRIMO RILASCIO CONTRASSEGNO (validità 5 anni)

- Allegare Attestazione rilasciata dalla ASL Sulcis Iglesiente – Igiene e Sanità Pubblica, via Gorizia 1, che attesta che la persona ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/92, oppure che appartiene alla categoria dei non vedenti ai sensi dell'art.12 e 3 D.P.R. 503/96;

RINNOCO CONTRASSEGNO (validità 5 anni)

- Allegare certificato del medico curante che attesti espressamente il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno in scadenza e fotocopia del contrassegno in scadenza da restituire in originale al ritiro del contrassegno rinnovato;

PRIMO RILASCIO E RINNOVO CONTRASSEGNO TEMPORANEO DI DURATA INFERIORE AI 5 ANNI

- Allegare attestazione rilasciata dalla ASL Sulcis Iglesiente – Igiene e Sanità Pubblica, via Gorizia 1, come indicato per il primo rilascio in marca da bollo da € 16,00;

ALLEGA

- Copia verbale della commissione medica integrata rilasciata dall'INPS con il riconoscimento dell'art. 381 del D.P.R. 495/1992 - (effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta)
- Dichiarazione sostitutiva (da esibire solo in caso di presentazione del verbale INPS) dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale del verbale rilasciata dall' INPS e sulla mancata revoca, sospensione o modifica di quanto attestato sul verbale.
- Attestazione rilasciata dalla ASL Sulcis Iglesiente – Igiene e Sanità Pubblica sita in Iglesias Via Gorizia;
- Copia del Documento d'identità valido e codice fiscale
- n. 2 foto formato tessera (dimensioni 3,5 x 4,5)

Il/la sottoscritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 del GDPR Regolamento UE2016/679 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le seguenti dichiarazioni sono rese.

Data _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)-Digs 101/2018