



**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 Duplicato persone diversamente abili - Contrassegno Unificato Disabili Europeo (CUDE)**

**ALLEGATO C**

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

titolare del contrassegno per diversamente abili n. \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di Iglesias in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art.188 del D. Lgs 30/04/1992 n. 285 e dell'art. 381, comma 2 del D.P.R. 16/12/1992 n. 495, il duplicato del contrassegno citato in quanto:

- Smarrito
- Illeggibile per deterioramento/scolorito

Allega n.2 foto tessera

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' IN CASO DI SMARRIMENTO.**

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, il /la sottoscritto/a dichiara di aver smarrito il contrassegno di parcheggio per DIVERSAMENTE ABILI N. \_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di Iglesias in data \_\_\_\_\_

1 – in caso di smarrimento compilare la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà alla presenza dell'incaricato dell'Ufficio preposto al rilascio del contrassegno.

2 – in caso in cui il contrassegno si presentasse deteriorato/scolorito/illeggibile, allegare il contrassegno di cui si chiede il duplicato

Con la presente il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver preso atto dell'informativa di cui all' art.13 REG. UE 2016/679 e di prestare consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali relativi a questa richiesta.

A tal fine, allega alla presente domanda:

- Allega copia fotostatica di documento d'identità valido

L'Addetto dell'Ufficio procedimento

Il Dichiarante

(\*) sottoscritta davanti al dipendente addetto, ovvero sottoscritta insieme alla copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.

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