

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Melissano**

OGGETTO: Richiesta rinnovo Contrassegno Unificato Disabili Europeo - C.U.D.E.-

La/Il sottoscritta/o

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente in MELISSANO via/piazza _____ n. _____

tel. _____

RICHIEDE

- ☐ IL RINNOVO del contrassegno N° _____ **con validità di 5 anni** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).

A tale scopo allega:

- Certificazione del medico curante attestante "la persistenza delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Contrassegno scaduto;
- Fotografia formato tessera del richiedente.

- ☐ IL RINNOVO del contrassegno N° _____ **con validità inferiore a 5 anni (TEMPORANEO)** per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art.381 del DPR 495/92).

A tale scopo allega:

- Certificazione originale rilasciato dalla Azienda Sanitaria Locale attestante la ridotta capacità di deambulazione ;
- Copia Documento d'identità del richiedente;
- Contrassegno scaduto;
- Fotografia formato tessera del richiedente;
- Copia carta di circolazione di veicoli abitualmente utilizzati per il trasporto del disabile (eventuale)

Data

Firma del richiedente
