

## MOD. C.U.D.E.

Al Signor Sindaco di Matera  
per il tramite della Polizia Locale  
[comune.matera@cert.ruparbasilicata.it](mailto:comune.matera@cert.ruparbasilicata.it)

2 Marche da bollo da € 16.00 (non attaccarle)  solo se temporaneo	2 foto formato tessera recenti (max 6 mesi) dimensioni 1 x h 3,5x4 cm
---	--

## RICHIESTA DI RILASCIO O RINNOVO DEL CONTRASSEGNO UNIFICATO DISABILI EUROPEO

(art.381 del D.P.R. 16.12.1992 n.495 "Regolamento di esecuzione del Codice della Strada", modificato dal D.P.R.  
30.07.2012n.151 e successive modificazioni/integrazioni)

### E DI INSERIMENTO TARGHE NELLA ZTL DI MATERA

Il/la sottoscritto/a				nato/a a				
il	residente a				in via			
civ.	Tipo Documento				numero			
Rilasciato a			In data			Con scadenza		
Telefono			Cellulare			Cod. fiscale		
mail / PEC								

in qualità di (barrare e compilare solo se ricorre il caso)

- tutore/legale rappresentante giusta documentazione allegata in copia e corredata di copia di documento di identità del tutore/legale rappresentante
- delegato giusta delega allegata e corredata di copia di documento di identità del delegante

Del sig./sig.ra				nato/a a				
il	residente a				in via			
civ.	Tipo Documento				numero			
Rilasciato a			In data			Con scadenza		
Telefono			Cellulare			Cod. fiscale		
mail / PEC								

### **ESSENDO AFFETTO DA PATOLOGIA CHE RIDUCE SENSIBILMENTE LE CAPACITÀ DI DEAMBULAZIONE, CONSAPEVOLE CHE:**

- l'uso dell'autorizzazione è strettamente personale;
- non può essere in possesso di uguale autorizzazione rilasciata dal Sindaco di altro Comune;
- il contrassegno deve essere restituito in caso di: scadenza, decadenza dei requisiti, trasferimento di residenza in altro Comune o decesso;

### **CHIEDE**

Il RILASCIO di un contrassegno **TEMPORANEO** per la circolazione/sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Allega:

- certificazione medica (*in originale*) rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera o copia del verbale della Commissione medica integrata, con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- 2 foto formato tessera **recenti** (dimensioni LxH 3.5x4 cm).

**N.B. ALLA SCADENZA, L'EVENTUALE RINNOVO DOVRÀ ESSERE RICHIESTO PRESENTANDO NUOVA DOCUMENTAZIONE MEDICA RILASCIATA O DALL'UFFICIO MEDICO LEGALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA O DALLA COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA.**

- Il RILASCIO di un contrassegno **DEFINITIVO** (di durata pari ad anni cinque) per la circolazione/sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

**Allega:**

- certificazione medica (*in originale*) rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera o copia del verbale della Commissione medica integrata, con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- 2 foto formato tessera **recenti** (dimensioni LxH 3.5x4 cm).

- IL RINNOVO del contrassegno **DEFINITIVO** (di durata pari ad anni cinque) n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, in scadenza il \_\_\_\_\_, per la circolazione/sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

**Allega:**

- certificato (*in originale*) del medico di base che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno;
- copia documento d'identità in corso di validità;
- 2 foto formato tessera **recenti** (dimensioni LxH 3.5x4 cm);
- contrassegno scaduto.

## CHIEDE ALTRESI'

che i veicoli sottoindicati siano autorizzati,

qualora egli, in qualità di titolare del contrassegno, sia a bordo dell'automobile:

- all'accesso in Z.T.L. e A.P. di MATERA nel rispetto di TUTTI i limiti e le condizioni stabiliti nei regolamenti e nelle ordinanze di disciplina della circolazione nelle Z.T.L. e A.P. di MATERA vigenti nel tempo, mediante l'inserimento delle targhe nel database del Comune di Matera

**TARGA**

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

**TARGA**

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

**Allega:**

- carta di circolazione dei veicoli.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché dell'obbligo di decadenza dai benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

## DICHIARA

1. che le dichiarazioni suesposte corrispondono a verità
2. di essere consapevole che la presente richiesta si riferisce esclusivamente alla regolarizzazione del transito del veicolo e che le eventuali sanzioni amministrative pecuniarie ed accessorie che dovessero essere applicate dopo l'accesso per fermate o soste non conformi alle disposizioni di cui ai regolamenti e alle ordinanze di disciplina della circolazione nelle Z.T.L. e A.P. di MATERA nonché del Codice della Strada, rimarranno a carico del conducente (se identificato) e del proprietario del veicolo se persona diversa dal conducente;
3. di aver preso visione dell'informativa pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente, all'indirizzo [www.comune.matera.it/privacy-policy/item/5685-informative-del-settore-polizia-locale](http://www.comune.matera.it/privacy-policy/item/5685-informative-del-settore-polizia-locale).

Matera, \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno)

Il/la richiedente, titolare del contrassegno (firma leggibile) \_\_\_\_\_

ovvero il suo tutore/rappresentante legale/delegato \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (giorno) (mese) (anno)

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(luogo) (prov.)

in via/corso \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

Codice Fiscale 

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

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., ai sensi e per gli effetti del predetto D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità, ai fini della richiesta per ottenere il rilascio del contrassegno invalidi

Ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

Che il verbale della commissione medica, (rilasciato ai sensi dell'art. 20 della Legge 102/2009), allegato alla richiesta per il rilascio del contrassegno invalidi è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato.

Il/La dichiarante

Matera, \_\_\_\_\_  
(gg/mm/anno)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)