MOD. C.U.D.E.

Al Signor Sindaco di Matera
per il tramite della Polizia Locale
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 l 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

(barrare solo il proprio tipo di richiesta)

☐ 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'AziendaSanitaria 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 e tessera sanitaria 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'AziendaSanitaria 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 e tessera sanitaria in corso di validità;**
- **2 foto formato tessera <u>recenti</u> (dimensioni LxH 3.5x4 cm).**

☐ **IL RINNOVO del contrassegno <u>DEFINITIVO</u> (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 <u>recenti</u> (dimensioni LxH 3.5x4 cm);**
- **contrassegno scaduto.**

C H I E D E A L T R E S I'

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						

<u>Allega:</u>

- carta di circolazione dei veicoli.

<u>N.B. Non saranno accolte le richieste formulate per veicoli immatricolati come autocarri poiché, come stabilito dal Codice della Strada, tali veicoli sono adibiti esclusivamente al trasporto delle cose e delle persone addette all'uso o al trasporto delle cose stesse.</u>

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 dichiarazioninon 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.

Matera, _____
(gg/mm/anno)

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

ovvero il suo tutore/rappresentante legale/delegato _____

Modulo da compilare in presenza del verbale della commissione medica integrata
(ai sensi del D.L. 5 del 09/02/2012 convertito in Legge 35 del 04/04/2012)

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. 445/200 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)