Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella
Provincia di Verona

OGGETTO: **Richiesta di contrassegno di circolazione e sosta per invalidi - CUDE**

Ai sensi dell'art. 381 - D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 come modificato dal D.P.R. 151 del 30/07/2012

Io sottoscritto……...…….……sesso M F
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

Di essere nato nato a ……...……..…..il …….

E di essere residente in……..…….…….

Via ……...… n° ……

Codice Fiscale ……. ..tel…….

e-mail ……..

(EVENTUALE) DICHIARA ALTRESI' DI ESSERE IL TUTORE A NORMA DI LEGGE DI

Cognome e nome …… sesso M F

Nato a ……. Il ……

E residente in …… …….

Via …… n. civ. …….....

Codice Fiscale……..…

CHIEDO

☐ **A nome proprio**
☐ **A nome di (solo in caso di domanda presentata dal tutore)……**

Il rilascio dell'autorizzazione prevista dall'art. 381 c. 2 del D.P.R. 495/1192 ed il contestuale rilascio del "**CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI**" di cui alla figura V4 art. 381 del D.P.R. n. 495/1992, così come modificato dal D.P.R. 151 del 30/07/2012.
Dichiaro inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nelle Z.T.L. degli Enti aderenti alla *Zetatielle Network della regione del Veneto* il veicolo munito della seguente targa (targa di cortesia):

TARGA	

Nel caso di utilizzo di altri veicoli comunicherò con autocertificazione la relativa targa al Comando Polizia Locale di Sant'Ambrogio di Valpolicella

(1. barrare in caso di presentazione di copia del verbale della commissione medica locale)
☐ **DICHIARO INOLTRE** ai sensi dell'articolo 19 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 che l'allegata copia del certificato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap con data…… è conforme all'originale a me rilasciato, e che quanto ivi è attestato non è stato revocato, sospeso o modificato. *

* Il sottoscritto è consapevole che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46, 47, 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei propri riguardi le sanzioni previste dal codice Penale e delle leggi speciali in materia; è altresì consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto

della presente dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi di quanto disposto dall'art. 75 del D.P.R. 445/00.

Allego:

1. ☐ Originale certificazione medica rilasciata dall'Ufficio Medico Legale dell'Azienda Sanitaria Locale di _____attestante la sussistenza di una effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta-

   oppure

   ☐ copia del certificato della commissione medica per l'accertamento dell'handicap rilasciata il _____ (*nel caso di certificazione rilasciata in copia dalla commissione medica locale barrare apposito campo autocertificandone la conformità all'originale – 1.)*

   oppure

   ☐ (*per i rinnovi dei permessi permanenti*) Originale del certificato rilasciato dal medico curante attestante il permanere delle condizioni che hanno dato origine al rilascio del contrassegno;
2. Copia carta di identità /documento di riconoscimento
3. Nr. 02 fototessere
4. **Solo in caso di validità temporanea (meno di cinque anni)**: nr. 02 marche da bollo da Euro 16.00 cad
5. Copia del versamento di Euro 5,00
   - pagamento in contanti presso Tesoreria Comunale Banco BPM oppure
   - PagoPA – avviso stampabile dal sito del Comune di Sant'Ambrogio di Valpolicella – pagamento spontaneo – PAGAMENTO CUDE;

CONSENSO ALL'INSERIMENTO DEI DATI NELLA PIATTAFORMA UNICA NAZIONALE INFORMATICA DEI CUDE *(consenso facoltativo – ulteriori informazioni e privacy al link https://www.ilportaledellautomobilista.it/documents/56611/74383006/CUDE-Modulo_domanda_v4-convertito.pdf/e5f4488b-be24-4d5f-be06-524aa863ea58)*

☐ Io sottoscritto/a…… nato a …….. il …….. acconsento all'inserimento dei dati nella Piattaforma unica nazionale informatica dei CUDE, di cui all'articolo 1, comma 489, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Sant'Ambrogio di Valpolicella, data ……..

……..
Firma del richiedente

Trattamento dei dati personali: gli utenti potranno prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presso il Comando oppure inquadrando il seguente QR CODE

Rev. Giugno 2025