

**Spett.le COMANDO POLIZIA LOCALE  
COMUNE DI RAVELLO**

P.zza Fontana Moresca  
84010 Ravello (SA)

Tel: 089 857498 - email: polizialocale@comune.ravello.sa.it

**Modulo di Richiesta di rilascio del relativo Contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.  
(art.384 del DPR. 16/12/1992, n.495)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

*cognome e nome in stampatello*

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (SA), IN \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_ COD.FISC: \_\_\_\_\_

**CHIEDE A FAVORE DI**

- Sé stesso;
- In qualità di Esercente la potestà genitoriale del minore;
- Tutore o altro da specificare \_\_\_\_\_

Per nome e per conto di \_\_\_\_\_

*cognome e nome in stampatello della persona invalida*

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (SA), IN \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_ COD.FISC: \_\_\_\_\_

**BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA:**

- il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide**

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L. competente per territorio attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- Copia fotostatica del documento d'identità;
- N.1 Fotografia formato tessera a colori recenti ed uguali;

- il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità inferiore a 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificazione medica rilasciata dall'Ufficio di Medicina Legale dell'A.S.L. competente per territorio attestante l'effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta;
- Copia fotostatica del documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N.1 Fotografia formato tessera a colori recenti ed uguali;

- il rinnovo del contrassegno invalidi n. \_\_\_\_\_ con validità di 5 anni**

A tale scopo allega:

- Certificato originale rilasciato dal medico curante che esplicitamente "conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno determinato il rilascio del contrassegno";
- Copia fotostatica documento d'identità;
- Contrassegno scaduto;
- N. 2 Fotografie formato tessera a colori recenti ed uguali.

Luogo e data

firma del richiedente  
(invalido o tutore/curatore)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DELEGA PER AUTORIZZAZIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delego

il/la Signor/a \_\_\_\_\_ alla gestione della pratica ed al ritiro del contrassegno.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo data

\_\_\_\_\_  
firma del delegante

\_\_\_\_\_  
firma del delegato

Al fine del rilascio il sottoscritto Sig.r/Sig.ra \_\_\_\_\_, come meglio sopra generalizzato, consapevole della responsabilità derivante dagli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'art.381 del regolamento di cui al DPR 16/12/1992, n.495, che giustificano la presente e allega la documentazione richiesta, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data di oggi.

Inoltre sono a conoscenza che ai sensi dell'art.71 del citato DPR, le amministrazioni sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'art.46.

In fede

\_\_\_\_\_