



Amministrazione destinataria

Comune di Massa d'Albe

Ufficio destinatario

Area polizia locale



Domanda di rilascio del contrassegno di autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone in condizioni di incapacità temporanea

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- il rilascio del contrassegno di autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone in condizioni di incapacità temporanea
- il rinnovo del contrassegno di autorizzazione per la circolazione e la sosta di veicoli adibiti a servizio delle persone in condizioni di incapacità temporanea

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere

in condizione di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta a tempo determinato fino al

Deambulazione ridotta fino al

- essendo impossibilitato al ritiro per motivi di salute, delega il seguente soggetto al ritiro della documentazione che verrà rilasciata, e di cui si allega copia del documento di riconoscimento

| | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|------------------|---------------|----------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- certificazione medica per rilascio o rinnovo contrassegno disabili temporaneo
- contrassegno originale
- pagamento dell'imposta di bollo
- una fotografia in formato tessera
- copia del documento di riconoscimento del delegato
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Massa D'Albe

Luogo

Data

il dichiarante