

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI SANT'ARCANGELO (PZ)

DOMANDA PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO DI PARCHEGGIO PER DISABILI

Il/Lasottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____
Il _____ e residente _____ in Via/Piazza/Corso _____ n. _____
Tel _____ codice fiscale _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 del D.P.R.445 del 28 Dicembre 2000.

CHIEDE

Per proprio conto

In qualità di _____
del/della Sig./Sig.ra _____
nat a _____ (Prov. _____) il _____ residente a _____
(Prov. _____) in Via/Piazza/Corso _____ n. _____

IL RINNOVO

Del contrassegno di parcheggio per disabili n. _____ del _____, scaduto il _____.

A tale scopo allega:

Certificato medico rilasciato dal proprio Medico curante, attestante il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al primo rilascio;

L'Autorizzazione ed il Contrassegno scaduti di validità;

N. 1 Fototessera

Dichiaro di essere a conoscenza che il contrassegno è unico e personale e che deve essere restituito in caso di scadenza di validità o, a cura degli eredi, in caso di decesso del titolare.

CONSENSO TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 13, 26 e 26 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196, e successive modifiche, dichiara di essere a conoscenza dei propri diritti ed esprime il consenso per il trattamento dei dati personali al fine di consentire al comune di Sant'Arcangelo (PZ) l'espletamento di funzioni istituzionali attribuite da leggi e regolamenti, necessarie alla realizzazione di quanto richiesto, prevalendo il proprio interesse ad ottenere l'autorizzazione rispetto alla tutela dei dati medesimi.

Data _____

Firma del richiedente
