

**MODULO PER LA COMUNICAZIONE/VARIAZIONE TARGHE DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI INVALIDO RESIDENTE  
NEL COMUNE DI FERRARA**

Da inviare a mezzo lettera o fax

**Spett.le Ufficio Permessi Z.T.L. Musa  
Viale IV Novembre 9 – 44121 Ferrara  
fax 0532/768347**

Io sottoscritto ..... Nato a ..... il .....,  
C.F. .... Residente in ..... Via ..... Tel. Abit. ....  
..... cell ..... fax ..... e.mail .....  
• titolare del contrassegno invalidi rilasciato dal Comune di Ferrara  
n. .... valido dal ..... al .....  
• In qualità di

<input type="checkbox"/> <b>ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'</b>	<input type="checkbox"/> <b>TUTORE</b> <i>(riportare estremi atto)</i>	<input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE CONVIVENTE</b>	<input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> <i>(specificare)</i>
--	---	--	---

di ..... nato a ..... il ..... Codice Fiscale ..... residente a .....  
Via ..... titolare del contrassegno invalidi rilasciato dal Comune di Ferrara n° ..... valido dal ..... al .....

**CHIEDO** *(compilare solo le parti che interessano)*

**che i veicoli sotto indicati siano autorizzati**

	TARGA	MARCA	MODELLO	Proprietario se diverso dal titolare del permesso
1				
2				
3				
4				
5				

**che i veicoli sotto indicati siano **depennati** dalla lista già comunicata**

	TARGA	MARCA	MODELLO	Proprietario se diverso dal titolare del permesso
1				
2				
3				
4				
5				

Accetto espressamente di fornire gli identificativi dei veicoli normalmente utilizzati per gli spostamenti del titolare del contrassegno sopra indicato, nel centro storico di Ferrara con limitazioni di traffico, al fine di consentire il passaggio nei varchi controllati elettronicamente, senza l'emissione della sanzione prevista.

Dichiaro inoltre che i dati e quant'altro dichiarato con la presente corrispondono al vero e di essere a conoscenza della responsabilità penale in caso di false dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000). Fermo restando la possibilità da parte dell'Amministrazione Comunale di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Prendo atto che i dati sopra riportati, conferiti all'Amministrazione Comunale per lo sviluppo dei procedimenti amministrativi connessi, saranno trattati e conservati nel pieno rispetto del DLgs 196/03 e che potranno essere utilizzati per la realizzazione di una Banca Dati Regionale utilizzabile per facilitare la circolazione dei disabili. Acconsento, inoltre, al trattamento di eventuali dati sensibili necessari all'istruzione ed alla gestione degli atti relativi alla presente pratica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Per la validità del presente modulo è obbligatorio:

- 1 Allegare fotocopia integrale documento di identità del titolare del contrassegno (se maggiorenne e non interdetto) e del firmatario (se diverso dal titolare);
- 2 fotocopia integrale del contrassegno invalidi;
- 3 fotocopia integrale della carta di circolazione di ciascun veicolo;
- 4 Autocertificazione attestante i motivi di lavoro ovvero studio o salute.