

Al Comune di Anguillara Sabazia
Comando Polizia Locale
c/o Ufficio Protocollo

COMUNICAZIONE ACCESSO VEICOLI AL SERVIZIO DI **INVALIDO**

ZONA A TRAFFICO LIMITATO “LAGO DI MARTIGNANO”

*(entro 10 giorni successivi tramite e-mail
uff.vvuu@comune.anguillara-sabazia.roma.it)*

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (cognome - nome) _____ () il _____

residente _____ (luogo) _____ in Via/Piazza _____ (prov.) n. _____

() titolare di contrassegno invalidi concessione n. _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____ Prov. _____

() esercente la patria potestà/tutore/incaricato/familiare convivente del Sig. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/ Piazza _____ n. _____ titolare del contrassegno n. _____ rilasciato dal Comune di _____ in _____ data _____ scad. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

che il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

a bordo del veicolo modello _____ tipo _____ targa _____

HA TRANSITATO DAL VARCO ELETTRONICO SITO IN Via _____

Per la validità del presente modulo è obbligatorio allegare:

1. fotocopia del contrassegno invalidi
2. fotocopia del documento di identità del dichiarante

.....
Data

.....
Firma

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 (Codice sulla Privacy) e l'utilizzo dei dati personali richiesti è diretto unicamente all'espletamento delle finalità attinenti l'esercizio delle funzioni che competono alla Pubblica Amministrazione.