

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DI VERBALE A CARICO  
DI VEICOLO AL SERVIZIO DI PORTATORE HANDICAP DA  
PRESENTARSI ENTRO 60 GIORNI DALLA DATA DI NOTIFICAZIONE**

**AL SIGNOR COMANDANTE DEL SERVIZIO ASSOCIATO DI  
POLIZIA LOCALE DELL'ASOLANO E DELLA PEDEMONTANA**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_, a seguito della notifica del verbale, redatto ai sensi del Codice della Strada,  
n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ relativo al veicolo targato \_\_\_\_\_  
di proprietà di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

- **consapevole del fatto che, in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia di falsità degli atti;**
- **consapevole che in assenza e/o carenza degli allegati e/o dei dati richiesti la presente istanza NON POTRA' essere accolta;**

chiede l'annullamento in sede di autotutela del citato verbale d'accertamento di violazione, ed a tal fine certifica quanto segue:

di essere titolare del contrassegno handicap n° \_\_\_\_\_  
rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
circolavo nella Via \_\_\_\_\_

come **conducente** del veicolo verbalizzato

come **trasportato** del veicolo verbalizzato che si trovava al mio specifico servizio per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma titolare del contrassegno \_\_\_\_\_

Firma del proprietario del veicolo \_\_\_\_\_

**Allegati obbligatori :**

- Fotocopia verbale di accertata violazione n° \_\_\_\_\_
- Fotocopia, fronte-retro, del "contrassegno invalidi" n° \_\_\_\_\_
- Fotocopia documenti di identità dei firmatari
- Eventuali altri allegati \_\_\_\_\_

**PER SPEDIZIONE VIA POSTA RACCOMANDATA UTILIZZARE UNICAMENTE IL SEGUENTE RECAPITO:**

UFFICIO POLIZIA LOCALE

Via Cavin dei Cavai n° 27 - 31010 Asolo (TV) - Per eventuali chiarimenti: tel. 0423 950044

\*\*\*\*\*

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE (recapito a mano)**

Timbro e data di ricezione \_\_\_\_\_ Firma Ag.Ass. P.L. \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_