

## DOMANDA CONTRASSEGNO INVALIDI CIVILI

Spazio riservato al Protocollo

Al Comune di

### UFFICIO POLIZIA MUNICIPALE

Il/la sottoscritto/a

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA	
INDIRIZZO		N° CIVICO	
C.A.P.	CITTA'	PROVINCIA	TELEFONO
<b>Codice fiscale del richiedente:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

### CHIEDE

il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di veicoli al servizio di persone invalide in base alle disposizioni dell'art. 188 del Codice della Strada e relativo Regolamento.

Nel contempo delega il sig. – sig.ra:

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA	
INDIRIZZO		N° CIVICO	
C.A.P.	CITTA'	PROVINCIA	TELEFONO

al ritiro della autorizzazione.

A tal fine allega, in busta chiusa,

- certificazione rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale con parere favorevole al rilascio.

Luogo e data .....

.....  
(firma del richiedente)

### Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente.

Nome e Cognome .....

Luogo e data .....

.....  
Firma leggibile