Al COMUNE DI SAVIGNONE
Servizio Polizia Locale
16010 SAVIGNONE GE

Oggetto: Richiesta di rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta

Il/La sottoscritto/a_____
Nato/a a _____ il_____
Residente a _____
Via/piazza/Loc _____
C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Recapito _____

Foto tessera

CHIEDE

Il rinnovo dell'autorizzazione permanente a favore di:

- ☐ Sé stesso
- ☐ In qualità di:
  - o esercente la patria potestà del minore
  - o Tutore *(indicare gli estremi della sentenza di curatela)* _____
  - o Altro _____

Per nome e per conto di _____
Nato/a a _____ il _____
C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| residente a _____ (____)
Via _____
Recapito _____

A tal fine, consapevole della responsabilità derivante dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.mm.e ii.e delle conseguenti sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara la sussistenza degli elementi oggettivi, previsti dall'articolo 381 del regolamento di cui al D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, che giustificano la presente richiesta e allega la seguente documentazione, della quale dichiara la rispondenza all'originale e che i dati e le attestazioni in essi riportati non hanno subito variazioni alla data odierna:

- *Certificazione del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, nel formato di cui all'allegato C4 della D.G.R. Ligure n. 138 del 20 febbraio 2015*

Si allega:

- copia del documento di identità
- n. 2 fotografie recenti a colori formato tessera

Dichiaro di essere informato,, ai sensi e per gli effetti dell'art.10 del D.Lgs 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Savignone,……. *FIRMA dell'avente diritto*

……