

**Amministrazione destinataria**

Comune di Civita d'Antino

**Ufficio destinatario**

Settore Vigilanza

**Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa*****Ai sensi del Decreto legislativo 10/09/2021, n.121*****Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                               |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                  |                              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                              |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                       | Interno                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>         |
|                      |                      |                      |                      |                               | Scala                        |
|                      |                      |                      |                      |                               | Piano                        |
|                      |                      |                      |                      |                               | SNC <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      |                               | CAP <input type="text"/>     |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                              |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                              |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                              |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                              |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**Soggetto interessato**

- ☐ per conto della propria persona
- ☐ per conto di

**soggetto interessato**

|                                                                                                                      |                      |                      |  |                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome                                                                                                              |                      | Nome                 |  | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita                                                                                                      | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) |                      |                      |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                 |                      |                      |  |                      |  |

**Stato della madre**

- ☐ in stato di gravidanza e che la date presunta per il parto è il

Data presunta per il parto

**pertanto allega copia del certificato medico**

- ☐ genitore di

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

**proprietario del seguente veicolo**

Targa

Modello

Marca

**CHIEDE**

- ☐ il rilascio del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa
- ☐ il rilascio del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa a seguito di furto
- ☐ il rilascio del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa a causa di deterioramento

**pertanto allega il contrassegno originale**

- ☐ il rilascio del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa a seguito di smarrimento
- ☐ il rinnovo del contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa

**pertanto allega il contrassegno originale**

**contrassegno per la sosta nei parcheggi rosa posseduto**

*(da compilare in caso di rilascio del contrassegno a seguito di furto, smarrimento o deterioramento oppure in caso di domanda di rinnovo)*

Numero contrassegno

Data rilascio

Data scadenza

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- ☒ di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci
- ☒ di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il sottoscritto decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle presenti dichiarazioni
- ☒ di aver smarrito il contrassegno (se chiesto il rilascio del contrassegno a seguito di smarrimento)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☒ una fotografia in formato tessera  
*(da far recapitare in Comune)*
- ☐ contrassegno originale  
*(da far recapitare in Comune)*
- ☐ copia del certificato medico
- ☒ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Civita D'antino

Luogo

Data

il dichiarante