



Amministrazione destinataria

Comune di Manfredonia

Ufficio destinatario

Corpo Polizia

Locale

## Comunicazione di transito in ZTL per veicoli al servizio di persone diversamente abili

Il sottoscritto						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita		
Residenza						
Comune		Indirizzo		Civico	CAP	Provincia
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato									
<input type="checkbox"/> per conto della propria persona									
<input type="checkbox"/> per conto di									
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
Sesso		Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza		
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
In qualità di (*)									

\*in qualità di (\*): amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

<i>Numero di contrassegno del titolare</i>
<i>Rilasciato da</i>
<i>Data di rilascio</i>

Valendosi della facoltà prevista dagli articoli 46 e 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

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>che l'autovettura/le autovetture targata/e ha/hanno transitato in zona ZTL</i>		
	<i>Targa dell'autovettura/delle autovetture</i>		
	<i>Dal varco</i>		
	<i>In data</i>		<i>Alle ore</i>

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>copia del contrassegno invalidi</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>copia del documento d'identità</i>
<input type="checkbox"/>	<i>altri allegati (specificare)</i>

<b>Informativa sul trattamento dei dati personali</b>	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.</i>

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>