

AL COMANDO DI POLIZIA LOCALE DI MEDE
Via Dante n. 10
27035 Mede
Tel. 0384/822215-16
Mail: polizialocalemede@pec.it

**DICHIARAZIONE DI TRANSITO IN Z.T.L. PER PERSONE TITOLARI DI CONTRASSEGNO
“PARCHEGGIO PER DISABILI”**

(DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ)

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____. il _____.
residente a _____ (Prov. _____. Cap _____.
in Via/P.zza _____ N. _____.
Tel. n. _____ E-mail _____

Consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, dal codice penale e dalle leggi speciali nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di essere l'intestatario del Pass "Parcheggio per disabili" n° _____ rilasciato dal Comune di _____ con scadenza _____

COMUNICA

Di essere transitato dal varco di accesso alla Z.T.L. di Via _____
in data ____ / ____ / _____ alle ore ____ : ____ con l'autovettura avente targa _____

QUALORA dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al Provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 – codice in materia di protezione dei dati personali.

I dati verranno trattati con modalità anche automatizzate garantendone la riservatezza e la sicurezza con adeguate misure di protezione, in modo da ridurre i rischi di distruzione o perdita dei dati (anche accidentale), di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno diffusi.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Mede; Responsabile del trattamento è il Responsabile della PO del Comando di Polizia Locale; Incaricati del trattamento sono i dipendenti addetti di tale Settore.

• **ALLEGATO fotocopia carta d'identità dell'intestatario del contrassegno**

• **ALLEGATO fotocopia del contrassegno “Parcheggio per disabili”**

fronte/retro • **ALLEGATO fotocopia del libretto di circolazione**

Data _____

IL RICHIEDENTE (Firma) _____

QUANDO LA PERSONA CON DISABILITÀ E' IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA, LA RICHIESTA E' SOTTOSCRITTA DAL DICHIARANTE:

in qualità di legale rappresentante

cognome - nome
(Genitore Tutore – Procuratore) della persona con disabilità titolare del
Pass n.

Firma _____

• **ALLEGATO fotocopia carta d'identità n. _____ rilasciata dal Comune di _____**