

# Autocertificazione per Comunicazione targa (Contrassegno invalidi)

SEZIONE A – Modulo da compilarsi da parte dell'intestatario/a del contrassegno

Sotto la mia personale responsabilità e conscio/a delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni, io sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

## DICHIARO

Codice Fiscale:

COGNOME  NOME

Luogo di nascita  Data di Nascita  /  /

Residenza  Via  civico  /

Tel.\*  Fax\*  indirizzo e.mail\*

*\* Telefono, Fax ed indirizzo e-mail sono dati facoltativi, si invita ad indicarne almeno uno per eventuali comunicazioni.*

**Dichiara** che la presente dichiarazione fa riferimento al CONTRASSEGNO INVALIDI n. \_\_\_\_\_

rilasciato dal Comune di GREZZANA;

**Dichiaro** di essere titolare del contrassegno invalidi in oggetto;

**Dichiaro** di recarmi nella ZTL (Zona a Traffico Limitato) del Comune di Verona almeno 1 volta alla settimana per: \_\_\_\_\_;

**Dichiaro** inoltre di utilizzare prevalentemente, per gli spostamenti nella suddetta area della Z.T.L., il veicolo munito della seguente targa:

	IN PROPRIETA'		IN USO	
--	---------------	--	--------	--

Data

**Firma leggibile\***

\_\_\_\_\_

*\* Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445 del 28.12.2000 comma 3, la presente dichiarazione va:*

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto;
- oppure sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) non autenticata di un (valido) documento d'identità del sottoscrittore (nella fotocopia deve risultare visibile la firma presente sul documento).

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali":** i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per i quali si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce.

-----  
**A cura dell'Ufficio:**

Nr. Documento di identità ( in caso di sottoscrizione davanti all'operatore): \_\_\_\_\_

Data

Firma dell'addetto \_\_\_\_\_