

| | | |
|-----------------------|--|---------------|
| <input type="radio"/> | il rilascio del contrassegno temporaneo per veicoli a servizio dei disabili a seguito di smarrimento | |
| | Numero | Data scadenza |
| | | |
| <input type="radio"/> | il rinnovo del contrassegno temporaneo per veicoli a servizio dei disabili | |
| | Numero | Data scadenza |
| | | |
| | pertanto allega il contrassegno originale | |
| | pertanto allega documentazione attestante lo stato di invalidità | |

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 |
| |

Elenco degli allegati

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | due fotografie in formato tessera <i>(da far recapitare in Comune)</i> |
| <input type="checkbox"/> | contrassegno originale <i>(da far recapitare)</i> |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza |
| <input type="checkbox"/> | documentazione attestante lo stato di invalidità |
| <input checked="" type="checkbox"/> | pagamento dell'imposta di bollo |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

| | | |
|--------|------|----------------|
| Arcene | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |