

	Amministrazione destinataria Comune di Arcene Ufficio destinatario Polizia Locale	
---	--	--

Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria

Ai sensi dell'articolo 7, comma 4 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Professione esercitata				Numero iscrizione albo professionale			Data iscrizione albo professionale				

CHIEDE

<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di furto				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numero</td> <td style="width: 50%;">Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a causa di deterioramento				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numero</td> <td style="width: 50%;">Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega il contrassegno originale</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di smarrimento				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numero</td> <td style="width: 50%;">Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Numero</td> <td style="width: 50%;">Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega il contrassegno originale</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza
<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