

**Amministrazione destinataria**

Comune di Abbiategrasso

Ufficio destinatario

Polizia Locale



Domanda di rilascio del contrassegno temporaneo in caso di certificazione medica di validità inferiore ai 5 anni

Il sottoscritto

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Interno | Scala |
| | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Piano | SNC |
| | | | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | CAP | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | | | Posta elettronica certificata | |
| | | | | <input type="text"/> | |

Soggetto interessato

- riferito a sé stesso
 riferito alla persona di seguito specificata

soggetto interessato

| | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Interno | Scala |
| | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | Piano | SNC |
| | | | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | CAP | <input type="text"/> |
| Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.) | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

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

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione prevista dal Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, c. 2 con contestuale rilascio del "contrassegno di parcheggio per disabili" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16/12/1992 n. 495, art. 381, figura V4, così come modificato dal Decreto del Presidente della Repubblica 30/07/2012, n. 151

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- due fotografie in formato tessera
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- certificazione medica rilasciata dall'ambulatorio ASST Ovest Milanese
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

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)

- 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.

Abbiategrasso

Luogo

Data

il dichiarante