

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
residente a _____
in via / piazza _____ tel _____

In possesso **dell'autorizzazione n..... del..... valida fino al.....** per usufruire delle apposite strutture destinate alla circolazione ed alla sosta di veicoli al servizio di persone invalide

C H I E D E

Il **rinnovo** della stessa.

A tale scopo allega il certificato del medico curante attestante la ridotta capacità di deambulazione.

Galliate, li _____

IL RICHIEDENTE

Si informa il richiedente che:

1. I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse;
2. Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
3. I dati non verranno comunicati a terzi non interessati dal procedimento;
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio;
5. La conseguenza del caso di mancato conferimento dei dati comporta l'interruzione del procedimento amministrativo relativo al rilascio dell'autorizzazione richiesta, sino alla sua integrazione;
6. Il responsabile del procedimento amministrativo e del trattamento dei dati è il Responsabile del settore Polizia locale: Comandante Vice Commissario Fabio Caccia,
7. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, cancellazione dei dati come previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196 e successive modificazioni ed integrazioni rivolgendosi al Responsabile sopra indicato.

Galliate.....

Per presa visione
Il Richiedente
.....

Il rinnovo dell'autorizzazione potrà essere ritirato dal 10° giorno successivo a quello di presentazione della richiesta, presso il Comando di Polizia Locale.