

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 disabili

CHIEDE

il rinnovo della stessa.

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

Per il rilascio del **NUOVO contrassegno** modello Europeo, si deve allegare alla presente la seguente documentazione:

- n° 1 fotografia (formato tessera).

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 Licia STARA.
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

.....