



COMUNICAZIONE TARGHE VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONA DISABILE
RESIDENTE NEL COMUNE DI IMOLA
PER CIRCOLARE ALL'INTERNO DELLA ZTL/AP DI IMOLA

AL SINDACO DEL COMUNE DI IMOLA

Il/La sottoscritto/a nato/a
il residente a in via n.
tel. (obbligatorio) cell.(obbligatorio) e-mail

TITOLARE del contrassegno disabili n. rilasciato dal Comune di IMOLA

OPPURE

IN NOME E PER CONTO DI nato/a
il residente a in via n.
titolare del contrassegno disabili n. rilasciato dal Comune di IMOLA

DICHIARA

sotto personale responsabilità di AGIRE IN QUALITA' di:

ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE

TUTORE

ALTRO (allegare delega scritta del titolare del contrassegno)

Table with 13 columns for CODICE FISCALE TITOLARE DEL CONTRASSEGNO

Ai fini dell'autorizzazione all'accesso alla ZTL/APU del Comune di Imola, comunico la targa del veicolo utilizzato per (barrare e compilare solo la parte che interessa):

ACCESSO OCCASIONALE il giorno / / (gg/mm/aaaa)

La comunicazione dell'accesso occasionale potrà essere fatta di norma 48 ore prima dell'utilizzo oppure entro 48 ore dal giorno dell'accesso

TARGA

ACCESSO ABITUALE

Targa da Inserire

Empty box for date

(le targhe saranno inserite nella lista degli autorizzati non oltre la data di scadenza del contrassegno)

Targa da Eliminare

Empty box for date

ATTENZIONE: L'ACCESSO DAL VARCO "MORELLI" NON E' MAI CONSENTITO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Documento di identità del titolare del contrassegno o del firmatario (se diverso dal titolare)
Copia integrale contrassegno disabile (fronte e retro)
Delega del titolare del contrassegno qualora la documentazione non sia presentata dallo stesso
Copia carta di circolazione del veicolo utilizzato (SOLO IN CASO DI ACCESSO OCCASIONALE)



Io sottoscritto/a mi impegno a comunicare immediatamente ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato e declino il Comune di Imola e la società Area Blu Spa da qualsivoglia responsabilità in caso di errata comunicazione della targa.

Valendomi del disposto degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 (Testo unico in materia di documentazione amministrativa), dichiaro di essere consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Prendo atto che i dati sopra riportati, conferiti al Comune di Imola per lo sviluppo dei procedimenti amministrativi connessi, saranno trattati e conservati nel pieno rispetto del DLgs n.196/03. I dati potranno essere trattati da operatori specializzati preventivamente individuati dal Comune di Imola, in nome e per conto dell'Amministrazione Comunale nel pieno rispetto del DLgs n.196/03. Acconsento inoltre al trattamento di eventuali dati sensibili necessari all'istruzione ed alla gestione degli atti relativi alla presente pratica.

Data.....

Firma

Modalità di Invio (*utilizzare esclusivamente i seguenti recapiti*):

- ✓ P.E.C.: ufficiopermessi@cert.areablu.com
- ✓ Fax: **0542/615891**
- ✓ A MANO presso:
Area Blu Spa – Via IV Novembre, 1 – 40026 Imola (BO) – dal Lunedì al Sabato 08.00-15.00 festivi esclusi

Firma Operatore che riceve la documentazione _____