

Marca da bollo €  
16,00



# CITTA' DI TROIA

-Provincia di Foggia-

Spett.le **Polizia  
Municipale**  
Via Regina Margherita, 4  
71029 Troia (FG)  
tel.0881/970071  
vvuu@comune.troia.fg.it

## MODULO PER IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO PERMANENTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente / domiciliato/a a

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio del contrassegno per il transito nell'area ZTL, per la seguente tipologia di permesso

PERMANENTE per l'anno \_\_\_\_\_ (riservato all'Ufficio) e per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_

Si allega

- Autocertificazione Stato di famiglia;
- Marca da bollo € 16,00
- Autocertificazione Residenza o Domicilio;
- Fotocopia della Carta di Circolazione (fronte/ retro);
- Fotocopia Patente (fronte/retro);
- Altro \_\_\_\_\_

La domanda è presentata da:

- Richiedente;
- Delegato Sig. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**\* Barrare il caso che interessa**

Troia, \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi dell'art: 13 del D.lgs 196/2003 e ss.mm.

Con la presente vi informiamo che, ai sensi dell'art: 13 del D.lgs 196/2003, i dati personali da voi forniti o altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Potenza, al fine della corretta gestione del rilascio dei permessi di sosta.

Tale trattamento potrà essere effettuato con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati e si svolgerà in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei vostri dati, in conformità a quelle che sono le disposizioni del D.lgs 196/2003 (Codice privacy)

Il conferimento dei dati personali richiesti ha natura obbligatoria, essendo tali dati funzionali all'esecuzione del rilascio dei permessi, pertanto il rifiuto di fornirli avrà come conseguenza l'impossibilità di procedere con detto rilascio.

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al D.lgs 196/2003, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma delegato \_\_\_\_\_ Firma richiedente \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_(cognome)\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_

nat\_\_a\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

A conoscenza che l'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/10/2000 prevede penalità in caso di dichiarazione mendace e che l'amministrazione ha l'obbligo di provvedere alla revoca del beneficio eventualmente ottenuto dal richiedente in caso di falsità (art. 75 del D.P.R. 445 del 28/10/2000)

### DICHIARA

Di essere residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Di essere domiciliato con effettiva dimora a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che il proprio nucleo familiare è così composto :

COGNOME e NOME	LUOGO e DATA di NASCITA	PARENTELA

\* Si allega fotocopia documento d'identità

\* Residenti

Troia, lì \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_