

	Al Comune di Pavia Ufficio destinatario	MARCA DA BOLLO
--	---	-----------------------

Permesso per assistenza domiciliare in ZTL

Il sottoscritto					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono casa		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata (domicilio digitale)

al fine dell'ottenimento del contrassegno di competenza:

COMUNICA

i dati dell'autovettura	
Marca e modello	Targa

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

Di essere residente in	
Via	Numero

Elenco degli allegati <i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
☒	copia della carta di circolazione del veicolo aggiornata.
☒	certificato del medico curante attestante la necessità di assistenza domiciliare
☐	copia del documento d'identità <i>(da non allegare se la firma autografa è apposta di fronte ad incaricato di pubblico servizio)</i>
☐	altri allegati (specificare)

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)

☐

dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Pavia

Luogo

Data

Il dichiarante