|  |
| --- |
| **AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA**  **“CONTRASSEGNO ROSA IDENTIFICATIVO TEMPORANEO PER SOSTA”**  **Valido esclusivamente per il Comune di Farra di Soligo (TV)** |

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente nel Comune di Farra di Soligo in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 DPR 445/2000;*

**CHIEDE**

il rilascio di Contrassegno Rosa (Contrassegno Identificativo Temporaneo) per la sosta ai sensi della Delibera di Giunta Comunale n. 118 del 05.11.2020 con validità massima di 12 mesi.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

di essere residente nel Comune di Farra di Soligo;

di possedere patente di guida cat. B o superiore;

di restituire il contrassegno di identificazione in caso di sopravvenuta mancanza dei requisiti richiesti;

di essere in stato interessante da almeno due mesi – (allego certificazione medica redatta da medico

ginecologo);

di essere madre di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

certificato medico in originale rilasciato da medico con specializzazione in ginecologia

copia della patente di guida;

Farra di Soligo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

(La richiedente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SULLA PRIVACY**

* + - i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati esclusivamente per finalità connesse al rilascio dell’autorizzazione in deroga di cui all’art. 381 c.2 DPR 495/1992 ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e saranno archiviati ai fini del controllo e della gestione degli stessi;
    - tali dati potranno comunque essere comunicati agli organi istituzionali di controllo che ne facciano richiesta;
    - il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini del rilascio dei permessi ed un eventuale rifiuto di conferire le informazioni richieste avrà l’effetto del non rilascio del permesso;
    - l’interessato gode dei diritti conferitigli dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;
    - il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Farra di Soligo nella persona del suo legale rappresentante;
    - il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dell’Ufficio Unico di Polizia Locale Farra di Soligo;

La sottoscritta dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DELEGA

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede che il contrassegno venga consegnato al/alla sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della delegante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RITIRO DEL PASS**

Chi riceve il contrassegno deve esibire un suo documento di identità e, dopo averne verificato l'esattezza dei dati, firmare per ricevuta.

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ricevo il contrassegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA PER RICEVUTA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_