|  |
| --- |
| **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

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