



COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

Regione Toscana

Provincia di Livorno

AREA DI VIGILANZA

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VARCO ACCESSO ZTL

Lungomare Mibelli Via Pietri Via del Vapelo Traversa Via Fattori

TIPOLOGIA F titolare autorizzazione per disabile
(in caso che il disabile sia il proprietario del veicolo)

Disabile intestatario del veicolo Accompagnatore di disabile

TITOLARE DEL TAGLIANDO DISABILE:

COGNOME _____ NOME _____
NAT. IL _____ A _____ PROV. _____ RESIDENTE
IN _____ n° _____ COMUNE _____
PROV. _____ TAGLIANDO NUMERO _____ RILASCIATO DAL
COMUNE DI _____ SCADENZA _____

TITOLARE DEL VEICOLO:

COGNOME _____ NOME _____
NAT. IL _____ A _____ PROV. _____ RESIDENTE
IN _____ n° _____ COMUNE _____
PROV. _____

VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE
TARGA _____, MARCA _____ MODELLO _____;

- TRANSITATO IL _____ (in caso di titolare del tagliando disabile diverso dal proprietario del veicolo)
- PERIODO DAL _____ AL _____ (in caso di titolare del tagliando disabile domiciliato all'interno della ZTL).

Il sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara che le notizie contenute nel presente modulo sono vere. Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personale e/o sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 dello stesso decreto. Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto dichiarato.

Data _____

FIRMA _____

Allega documento d'identità.

DELEGA AL RITIRO IL SIG. _____