



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

TITOLARE DEL TAGLIANDO DISABILE:

TAGLIANDO N° _____ SCADE IL _____ ENTE RILASCIO _____

COGNOME _____, NOME _____,

NAT. IL _____ A _____ PROV. _____ RESIDENTE

IN _____ n° _____ COMUNE _____

PROV. _____ C.F. _____

TITOLARE DEL VEICOLO:

Accompagnatore di disabile Disabile intestatario del veicolo

COGNOME _____, NOME _____,

NAT. IL _____ A _____ PROV. _____ RESIDENTE

IN _____ n° _____ COMUNE _____

PROV. _____ C.F. _____

VEICOLO TIPO AUTOVEICOLO, AUTOCARRO, MOTOCICLO, CICLOMOTORE

TARGA _____, MARCA _____ MODELLO _____;

TRANSITATO IL _____ (solo in caso di titolare del tagliando diverso dal proprietario del veicolo)

TRANSITO DAL _____ AL _____

Il presente documento deve essere compilato in stampatello corretto e leggibile in tutte le sue parti.

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. _____