



Amministrazione destinataria

Comune di Colle di Val d'Elsa

Ufficio destinatario

Ufficio TEST - Servizio in allestimento

## Domanda di rilascio del contrassegno per la sosta nelle aree a pagamento

*Ai sensi del Regolamento delle aree di sosta a pagamento*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla sosta nelle aree a pagamento

#### Tipologia

- autorizzazione alla sosta gratuita
- autorizzazione alla sosta a pagamento nella seguente area, con abbonamento annuale per residenti

#### Area

- area rossa
- area blu
- area arancione

### per le seguenti vetture

Tipo veicolo	Modello veicolo	Targa veicolo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e 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

- aver preso visione del Regolamento delle aree di sosta a pagamento
- essere titolare di patente di guida in corso di validità
- essere consapevole che l'idoneità dei veicoli è da autorizzare

che il nucleo familiare è composto da

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita

di svolgere attività di assistenza in favore di invalido civile certificato, con riduzione della capacità lavorativa non inferiore al 50%, appartenente a nucleo familiare senza titolari di patenti di guida e a cui non sono state rilasciate altre autorizzazioni di sosta

di essere medico di base con ambulatorio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia fotostatica non autenticata e firmata della patente di guida o carta qualificazione del conducente (fronte)
- copia fotostatica non autenticata e firmata della patente di guida o carta qualificazione del conducente (retro)
- carta di circolazione del veicolo
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet

Colle di Val d'Elsa

Luogo

Data

il dichiarante