

	Amministrazione destinataria Comune di Castel Goffredo Ufficio destinatario Polizia locale
---	---

Domanda di rilascio o rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria

Ai sensi dell'articolo 7, comma 4 del Decreto Legislativo 30/04/1992, n. 285

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Professione esercitata				Numero iscrizione albo professionale			Data iscrizione albo professionale				

CHIEDE

<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di furto				
	<table border="1"> <tr> <td>Numero</td> <td>Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a causa di deterioramento				
	<table border="1"> <tr> <td>Numero</td> <td>Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega il contrassegno originale</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria a seguito di smarrimento				
	<table border="1"> <tr> <td>Numero</td> <td>Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				
<input type="radio"/>	il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta di persone esercenti la professione sanitaria				
	<table border="1"> <tr> <td>Numero</td> <td>Data scadenza</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>pertanto allega il contrassegno originale</p>	Numero	Data scadenza		
Numero	Data scadenza				

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

<input type="checkbox"/>	contrassegno originale <i>(da portare con sè all'ufficio della polizia locale per ritirare il nuovo contrassegno)</i>
<input type="checkbox"/>	dichiarazione di furto o copia della denuncia presentata agli organi di Pubblica Sicurezza
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Castel Goffredo

Luogo

Data

Il dichiarante