

DICHIARAZIONE SOSTITUZIONE CONTRASSEGNO DISABILI

D.P.R. n. 151 del 30 luglio 2012

La/Il sottoscritta/o
Cognome e nome in stampatello della persona che restituisce il contrassegno

nata/o il a Prov.
data di nascita localit  di nascita

residente a in tel.
citt  via/piazza numero civico e CAP

codice fiscale

CHIEDE

Il rilascio del contrassegno disabili unico europeo di cui al D.P.R. n. 151 del 30/07/2015, in sostituzione del contrassegno n.del rilasciato da codesto Comune ai sensi dell'art. 381 del D.P.R. n. 495/1992 e s.m.i.

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge, il Titolare del Trattamento   il Comune di Graffignano, Piazza del Comune, n  7.

I suoi dati personali saranno utilizzati al fine di adempiere alle procedure di rilascio delle autorizzazioni da Lei richieste e potranno essere comunicati ad incaricati del Comune di Graffignano. Il conferimento dei dati   facoltativo, tuttavia il mancato conferimento non render  possibile l'evasione della sua richiesta. I dati saranno trattati in modalit  cartacea e informatizzata. Lw sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 che potr  esercitare presso l'indirizzo del Titolare.

Letta e compresa l'informativa sopra riportata acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per le finalit  indicate.

☐ acconsento

☐ non acconsento

ALLEGATI:

1. Fotocopia documento identit  del richiedente;
2. N. 1 fototessera.

Graffignano, li
Data Firma