

Al Sig. Sindaco del Comune di Foiano della Chiana
c/o Comando Polizia Municipale
P.zza L.Nencetti n° 4
52045 Foiano della Chiana (AR)
Fax 0575/649740

OGGETTO: RICHIESTA RILASCIO DEI PERMESSI DI TRANSITO E SOSTA PER L'ACCESSO ALLA ZONA A
TRAFFICO LIMITATO - VEICOLI DEI CONGIUNTI DEL DEFUNTO - .

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
in via/piazza _____ n. _____, tel. _____

CHIEDE

il RILASCIO del permesso per il TRANSITO e la SOSTA nella Z.T.L. "B".

A tal fine, sotto la propria responsabilità, DICHIARA:

- di essere congiunto del defunto _____ deceduto
in data _____ il cui funerale avrà luogo in data _____ partendo
dall'abitazione sita in Via/P.zza _____ n° _____ ;
- di essere consapevole che saranno concessi solo 2 permessi di transito e sosta limitatamente dalle ore
_____ alle ore _____ in cui si svolgerà il corteo funebre;
- che i veicoli per i quali viene richiesto il permesso sono i seguenti:
 - TRANSITO SOSTA - Targa _____ Marca/Modello _____
Proprietario _____ ;
 - TRANSITO SOSTA - Targa _____ Marca/Modello _____
Proprietario _____ ;
- di aver ricevuto e/o visionato, contestualmente al presente modulo di richiesta, copia dell'Ordinanza istitutiva
nella parte che riguarda i VEICOLI DEI CONGIUNTI DEL DEFUNTO.
- di essere consapevole delle sanzioni penali cui si può andare incontro in caso di falsità negli atti e di
dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che dichiarazioni non
veritiere comportano la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato
sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Documentazione da allegare:

- ✓ Fotocopia della carta di circolazione di ogni veicolo;
- ✓ Modulo Informativa Sulla Privacy Debitamente Firmato.



SEGUE RETRO

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.vo n. 196 del 30/06/03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ricevendo separata informativa di cui all'articolo sopra citato alla quale, apponendo la propria firma in calce né accusa ricevuta.

Data _____

IL/LA DICHIARANTE

Visto il Ricevente (*) _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE _____

CONOSCENZA DIRETTA _____

(*) Dipendente addetto a ricevere la documentazione, quando la dichiarazione gli sia sottoscritta dinanzi.

N.B. : Se la dichiarazione non è firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione va allegata la fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.

Gli uffici del Comando Polizia Municipale effettuano il servizio di apertura al pubblico nei seguenti giorni ed orari: dal LUNEDI' al SABATO dalle ore 9,30 alle ore 11,30. Per ulteriori e/o eventuali informazioni contattare i seguenti numeri telefonici 0575/649732 - fax 0575/649740 - 348/2842377 (attivo dalle ore 8,00 alle ore 20,00 di tutti i giorni feriali ed i festivi dalle ore 10,00 alle ore 13,00 e dalle ore 17,00 alle ore 20,00).

La presente modulistica potrà essere "esaminata" e/o scaricata dal SITO INTERNET di questo Comune, consultabile al seguente Link (collegamento) <http://www.comune.foiano.ar.it>